



Střednědobý plán

rozvoje sociálních služeb
v Moravskoslezském kraji
na rok 2008–2009



Moravskoslezský
kraj

Obsah

1. Úvod – vize	2
1.1 Povinnosti kraje zpracovávat střednědobý plán rozvoje sociálních služeb .	3
1.2 Struktura 1. stře dle Ministerstva práce a sociálních věcí	3
2. Strategie zajišťování sociálních služeb	4
2.1	



1

Úvod – vize



Udržení a rozvoj sítě kvalitních sociálních služeb v Moravskoslezském kraji, které odpovídají zjištěným potřebám a nastavení efektivního systému financování této sítě.

1.1 Povinnosti kraje zpracovávat střednědobý plán rozvoje sociálních služeb

Od 1. 1. 2007 je účinný zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále jen „Zákon“), jež zásadním způsobem mění systém v oblasti sociálních služeb a to tak, aby poskytované a podporované sociální služby vycházely ze zjištěných potřeb regionu.

Jednou z výše zmiňovaných nových povinností kraje je povinnost zpracovávat střednědobý plán rozvoje sociálních služeb (§ 95 odst. d) Zákona), a to ve spolupráci se zainteresovanými subjekty (zástupci obcí, poskytovatelů i uživatelů služeb). Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Moravskoslezském kraji (dále jen „SPSS“), obsahující ekonomickou analýzu v plánu identifikovaných potřeb a způsob jejich finančního zajištění, bude jednou z podmínek žádosti o poskytnutí dotace, kterou krajský úřad předkládá ministerstvu práce a sociálních věcí (dále jen „MPSV“) za účelem zajištění finančních prostředků pro poskytovatele sociálních služeb na jeho zemi (§ 101 odst. d Zákona).

Aby bylo možné k uvedenému cíli dospět, je nezbytné znát a pracovat s výstupy plánování sociálních služeb na obcích, neboť jen ty mohou s detailní znalostí analyzovat potřeby svého území v sociální oblasti. Nesystémovost legislativy však spočívá v situaci, kdy na jednu stranu by mělo plánování na krajské úrovni reflektovat výstupy plánování obcí, na druhou stranu je obcím ze Zákona ponechána pouze možnost zpracovávat své střednědobé plány rozvoje sociálních služeb.

Rovněž je nutno konstatovat, že první SPSS vznikne v situaci, kdy není vytvořena žádná metodika, jak při tvorbě plánu postupovat.

1.2 Struktura 1. střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb v kraji dle Ministerstva práce a sociálních věcí

Návrh obsahu plánu na následující období vyplývá z jednání MPSV se zástupci krajských úřadů, při kterém se dohodla základní struktura prvního střednědobého plánu:

- Návrh strategie zajišťování sociálních služeb
- Přehled nyní poskytovaných sociálních služeb v kraji
- Potřeby poskytování sociálních služeb
- Náměty k chybějícím službám
- Rozklíčování způsobu financování sociálních služeb.

Termín pro předložení krajských strategií je MPSV stanoven do 31. července 2007.

Strategie zajišťování sociálních služeb

2



2.1 Strategie Moravskoslezského kraje

Strategický cíl:

Podpora sociálních služeb vycházejících z procesu plánování sociálních služeb v obcích, za současné finanční spoluúčasti obcí na zajištění těchto služeb.

Vzhledem k rozsáhlosti činností nutných ke zpracování SPSS je navrženo postupovat ve 3 fázích:

1. **fáze bude zaměřena na stabilizaci současného stavu** – stávající síť poskytovatelů sociálních služeb v kraji, zmapování stávající situace (popis a analýza území, existujících zdrojů, potřeb, analýzu a vymezení poskytovatelů sociálních služeb).

výstup – střednědobý plán na rok 2008–2009

2. **fáze bude zaměřena na vytváření systému rozvoje sociálních služeb v kraji** – jednání a dohoda mezi subjekty o převzetí veřejného závazku za určité druhy služeb, návrh systému financování sociálních služeb v kraji (např. procentní spoluúčast kraje u jednotlivých druhů služeb a navržení vývojové křivky podpory či útlumu).

výstup – střednědobý plán na rok 2010–2012

3. **fáze bude zaměřena na rozvoj sociálních služeb a vytvoření strategie k jejich zajištění, půjde o plán k vytvoření sítě místně i typově dostupných sociálních služeb;** vytvoření sítě poskytovatelů, kteří budou mít garanci stabilního financování v následujících letech, současně bude vytvořen systém sledování a vyhodnocování plánu rozvoje.

výstup – střednědobý plán na rok 2013–2016

2.2 Obsah střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb v Moravskoslezském kraji na rok 2008–2009

V souladu s výše uvedenou dohodou je určena tato struktura SPSS na rok 2008–2009:

1. návrh strategie zpracování plánu: 3 fáze – stabilizace stavu: 2008–2009; deklarace veřejného závazku 2010–2012; plán s prioritami 2013–2016;
2. dílčí sociálně demografické údaje – využitelné pro další aktivity tvorby plánu;
3. popis stavu a financování sociálních služeb;
4. základní principy sociální politiky kraje (principy strategických materiálů kraje: Koncepce sociálních služeb v Moravskoslezském kraji, Program rozvoje kraje, Moravskoslezský krajský plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením), z toho již vzešlé potřeby;

5. v souladu s bodem IV. zveřejnění základních kritérií financování na rok 2008–2009 vycházejících z realizované sociální politiky kraje, zkušeností a mj. také např. ze Systému financování sociálních služeb na území kraje poskytovaných nestátními neziskovými organizacemi.

Součástí materiálu je také zveřejnění základních kritérií hodnocení projektů a podmínek pro financování nových poskytovatelů – striktně stanovené podmínky na základě již identifikovaných potřeb (např. pobytové služby pro osoby s chronickým duševním onemocněním, zajištění rané péče na Novojičínsku aj.).

2.3 Organizace práce

a) Řídící skupina

Rada kraje na svém zasedání dne 6. 9. 2006 usnesením č. 84/3122 vyjádřila souhlas se zahájením příprav k vytvoření střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb v Moravskoslezském kraji.

Zároveň byla zřízena pracovní skupina pro vznik a realizaci střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb v Moravskoslezském kraji (dále jen „řídící skupina“). Vedoucím této řídící skupiny byl jmenován Bc. Petr Adamec, náměstek hejtmána kraje.

Náplní činnosti řídící skupiny je organizace, koordinace a řízení aktivit směřujících k vytvoření zmíněného plánu.

Řídící skupina je desetičlenná a je složena ze zástupců zadavatele, poskytovatelů sociálních služeb a zástupců obcí, jež plánují sociální služby na svém území:

Čtyři zástupci zadavatele jsou:

- náměstek hejtmána kraje zodpovědný za sociální oblast,
- předseda výboru sociálního zastupitelstva kraje;
- předsedkyně komise pro občany se zdravotním postižením;
- zástupce odboru sociálních věcí krajského úřadu.

Tři zástupci poskytovatelů byli delegováni Českou radou humanitárních organizací, a to samostatně pro oblast rezidenčních, terénních a intervenčních sociálních služeb.

Tři zástupci jsou delegováni z obcí, které jsou zapojeny v procesu plánování sociálních služeb (Bruntál, Ostrava, Kopřivnice).

b) Pracovní skupiny

Řídící skupina souhlasila s vytvářením pracovních skupin za daným účelem, pro úkol – jejichž práce je potřebná v tuto chvíli (prioritně k tvorbě návrhu SPSS na rok 2008–2009).

Další pracovní skupiny budou vznikat postupně při nadefinování jejich potřeby v rámci celého vývoje procesu.

V tuto chvíli byly na jednání řídící skupiny ustaveny dvě pracovní skupiny, a to:

- pracovní skupina pro popis stavu a finanční analýzu sociálních služeb,
- pracovní skupina pro plánování sociálních služeb obcí II. typu.

ad 1) úkolem této pracovní skupiny je zajistit popis sociálních služeb na území kraje (z hlediska druhů služeb, cílových skupin uživatelů, regionální působnosti aj.) a provést rovněž analýzu financování sociálních služeb (analýzy finančních toků na jednotlivé druhy služeb, struktura rozpočtů služeb s vazbou na zdroje apod.).

ad 2) jedná se o pracovní skupinu složenou ze zástupců obcí s pověřeným obecním úřadem, přičemž se nejedná pouze o obce, které již jsou nějakou měrou zapojeny v procesu plánování sociálních služeb, ale také o obce, kde zatím tento proces zahájen nebyl. Aktuální úlohou je oboustranný přenos informací týkající se plánování sociálních služeb, výměna zkušeností, identifikace potřeb a problémů, které jsou na obecní úrovni spatřovány, posléze návrh systému sumarizace jednotlivých výstupů procesů plánování sociálních služeb na obcích a další aktivity definované řídící skupinou.



Zásadní výstupy
strategických
materiálů kraje

3.



Priority sociální politiky Moravskoslezského kraje vychází ze strategických materiálů kraje, a to z Koncepce sociálních služeb v Moravskoslezském kraji, kde jsou jednotlivě zpracována zásadní problematická témata, ke každému z nich jsou formulovány cíle, jichž by mělo být dosaženo a konkrétní opatření k řešení. Základem pro zpracování daného materiálu byla sociodemografická analýza Moravskoslezského kraje z pohledu sociální politiky a analýza zjištěných sociálních služeb poskytovaných na území kraje. Detailněji jsou zpracovány okruhy rezidenčních, terénních, intervenčních služeb, standardů kvality a vzdělávání v sociálních službách, komunitního plánování, oblast financování služeb a samostatná pozornost byla věnována analýze krajských zařízení poskytujících sociální služby. Tento materiál byl schválen zastupitelstvem kraje dne 8. 4. 2004 usnesením č. 22/880/1.

Dalším strategickým materiálem je Moravskoslezský krajský plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením, který byl zastupitelstvem kraje v dubnu roku 2004 schválen na období let 2004–2005, a jehož aktualizovanou podobu pro léta 2006–2008 schválilo zastupitelstvo kraje usnesením č. 13/1143/1 ze dne 21. 9. 2006. Cílem tohoto programového dokumentu, který prolíná všemi obory lidské činnosti je vytvořit podmínky pro zlepšení kvality života obyvatel kraje, kteří mají zdravotní postižení.

Při formulaci potřeb kraje bylo rovněž využito základních principů tvořících základ současně zpracované Strategie protidrogové politiky Moravskoslezského kraje na období 2005–2009.

Základní cíle z těchto strategických materiálů v sociální oblasti jsou obsaženy v obsaženy v Programu rozvoje Moravskoslezského kraje na rok 2006 – 2008. Nejpodstatnější priority se promítly rovněž do oblastí podpory navrhovaného Regionálního operačního programu pro následující programové období.

Vzhledem k tomu, že se koncepční materiály kraje vytvářely ještě před účinností zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, jsou zde užívány termíny a dělení služeb do oblastí „rezidenčních, terénních a intervenčních služeb“. V části věnované popisu stavu již bude pracováno s aktuální terminologií a budou tak užívány oblasti sociálního poradenství, sociální péče a sociální prevence.


Koncepce sociálních služeb v Moravskoslezském kraji:

a) trend – zajištění sociálních služeb zaměřených na seniory by mělo být záležitostí obcí, podpora kraje bude směřovat zvláště k zajištění sociálních služeb poskytovaných cílovým skupinám se specifickými problémy (princip statistické významnosti – počet osob dané cílové skupiny je statisticky významný na úrovni obce – zajištění služby je záležitostí obce; cílová skupina statisticky významná až na úrovni kraje - zajištění potřebných služeb záležitostí kraje),

- b) upřednostnění terénních a intervenčních typů služeb před rezidenčními,
- c) v oblasti rezidenčních služeb:
- podpora koedukovaných zařízení, komunitního typu,
 - zajistit klientům služby sociální péče v typech zařízení, která budou svými stavebně-technickými parametry odpovídat standardům kvality sociálních služeb,
 - při rozvolňování ústavů respektovat současný trend preference koedukovaných zařízení, kdy jsou zároveň opouštěny dispozičně nevyhovující objekty,
 - změnit strukturu pracovníků v krajských zařízeních s cílem zajistit cílovým skupinám klientů péči odpovídající jejich skutečným potřebám,
- d) změnit strukturu pracovníků v ústavních zařízeních s cílem zajistit cílovým skupinám klientů péči odpovídající jejich skutečným potřebám,
- e) podpořit aktivity v rámci celoživotního vzdělávání pracovníků,
- f) podporovat poskytování sociálních služeb odpovídajícím standardům kvality sociálních služeb,
- g) podpořit vznik chybějících zařízení pro klienty se specifickými potřebami – podpořit zřízení chybějících zařízení pro klienty potřebující velmi intenzivní typ péče a zařízení pro osoby s psychózou a chronickou závislostí na alkoholu,
- h) podporovat plánování sociálních služeb v obcích.

Moravskoslezský krajský plán vyrovnávání příležitostí osob se zdravotním postižením: v oblasti sociálního zabezpečení a poradenství:

- zabezpečit stávající síť rané péče dle zpracované studie „Pojetí rané péče v Moravskoslezském kraji“, podpořit rozvoj rané péče v regionu Novojičínka. (6.1)



Základní
sociálně-demografické
údaje ve vztahu
k plánování
sociálních služeb

4.



Jedná se o velmi stručné zpracování základních údajů ve vztahu k vydefinovaným cílovým skupinám uživatelů sociálních služeb, které bude vypovídající a výstižně charakterizující každou z těchto skupin. Tato cesta byla zvolena za tím účelem, aby byly popsány jen ty oblasti, které by byly dále využitelné v procesu tvorby střednědobého plánu. Rozhodně není záměrem zpracování obsáhlých statistických, sociálně demografických studií.

V příloze č. 1 jsou zpracovány vybrané údaje sociodemografické povahy v této struktuře:

1. Základní charakteristika Moravskoslezského kraje
2. Cílové skupiny
 - 2.1. Senioři
 - 2.2. Osoby se zdravotním postižením
 - Osoby s duševním onemocněním
 - Osoby s mentálním postižením
 - Osoby s tělesným postižením
 - Osoby se smyslovým postižením (zrakovým, sluchovým, kombinovaným)
 - 2.3. Děti a mládež (rizikové a ohrožené skupiny dětí a mládeže)
 - Děti a mládež ohrožené sociálně patologickými jevy a páchající trestnou činností,
 - Rodiny s dětmi v nepříznivé sociální situaci ohrožené odebráním dětí do ústavní výchovy,
 - Mladí lidé opouštějící ústavní zařízení
 - 2.4. Osoby v akutní krizi – oběti domácího násilí
 - 2.5. Osoby bez přístřeší
 - 2.6. Osoby v postpenitenciární péči
 - 2.7. Osoby ohrožené sociálním vyloučením
 - z důvodu nezaměstnanosti
 - z důvodu nízkopříjmovosti
 - žijící v sociálně vyloučených lokalitách
 - 2.8. Osoby ohrožené drogami a závislí na drogách

U jednotlivých cílových skupin jsou zaznamenány informace v této struktuře:

1. stručná charakteristika dané cílové skupiny,
2. základní problémové oblasti, které mohou být determinantou jejich sociálního vyloučení,
3. popis cílové skupiny prostřednictvím analýzy již vzniklých informačních zdrojů (popis daného stavu, tvrdá data, výstupy analýz aj.),
4. součástí zjišťování údajů byl i návrh, co by pro potřebu tvorby střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb, bylo třeba dále u daných skupin zjistit a co není z časových důvodů možné zjistit nyní (tyto informace nejsou v materiálu zpracovány, budou sloužit jako podklad pro další práci).



Popis stavu
a financování
sociálních služeb

5



První fáze SPSS pojímající období let 2008–2009 je zaměřena na stabilizaci současného stavu, na stabilizaci stávající sítě poskytovatelů sociálních služeb v kraji. Aby bylo možné začít měnit strukturu poskytovaných sociálních služeb v kraji v závislosti na jejich potřebnosti v daném regionu, je nutné nejprve zmapovat a zanalyzovat stávající poskytované sociální služby, provést popis a analýzu území, existujících zdrojů, zjistit potřebnost jednotlivých služeb v lokalitě.

5.1 Analýza poskytovaných sociálních služeb v kraji

S ohledem na skutečnost, že bylo zapotřebí zpracovat množství informací ve stejném rozsahu analýzou různých poskytovatelů sociálních služeb v kraji, bylo dohodnuto, že jako kompaktního zdroje informací bude využito dotačního řízení vyhlášeného MPSV na rok 2007 v oblasti podpory sociálních služeb na regionální úrovni, kdy krajský úřad hodnotil jednotlivé žádosti.

Je nutno však upozornit na fakt, že tyto údaje doznají v průběhu roku 2007 značných změn, zejména ve vztahu ke struktuře druhů poskytovaných sociálních služeb. Příčinou je situace, že žádosti byly poskytovateli podávány před účinností zákona o sociálních službách a k mnohým změnám v charakteru poskytovaných služeb tak dojde v souvislosti s registracemi poskytovatelů sociálních služeb. K dílčím změnám také může přispět realizací inspekce kvality v sociálních službách.

Analýzou výše uvedených dat bylo zjištěno následující:

V textu pracujeme s počtem služeb, tzn., že jeden poskytovatel může poskytovat několik druhů sociálních služeb.

Do předmětného dotačního řízení se přihlásilo celkem 167 poskytovatelů, kteří žádali finanční prostředky na 425 sociálních služeb. Z počtu 167 žadatelů byla rozhodnutím MPSV poskytnuta dotace 131 z nich, a to v souhrnné výši 773 406 000,- Kč.

Největší poskytovatelé sociálních služeb v kraji jsou zaznamenáni v tabulce č. 1, se svými 228 poskytovanými službami zaujímají téměř 54 % z celkového objemu poskytovaných sociálních služeb.

Tabulka č. 1

Poskytovatel	Počet služeb
Slezská diakonie	65
Diecézní charita ostravsko-opavská	62
Moravskoslezský kraj	36
Statutární město Ostrava	27

Poskytovatel	Počet služeb
Armáda spásy	24
Sociální služby města Havířova	14
Celkem	228

5.1.1 Druhy služeb

V druzích poskytovaných služeb jsou největší měrou zastoupeny služby sociální péče (46 %), následovány službami sociální prevence (43 %). Nejméně služeb z celkového počtu 425 služeb zaujímají služby sociálního poradenství (11 %), viz tabulka č. 2.

Tabulka č. 2

Služba	Počet	%
Sociální poradenství	48	11
Sociální péče	196	46
Sociální prevence	181	43
Celkem	425	100

Struktura poskytovaných sociálních služeb



V tabulce č. 3 je zaznamenán přehled početního zastoupení sociálních služeb v jednotlivých druzích sociálních služeb, jednotlivé oblasti jsou dále znázorněny v grafické podobě (viz níže).

Tabulka č. 3

Druhy sociálních služeb	Počet služeb v kraji
Sociální poradenství	48
Sociální poradenství celkem	48
Osobní asistence	13
Pečovatelská služba	32
Tísňová péče	1
Průvodcovské a předčitatelské služby	2
Podpora samostatného bydlení	3
Odlehčovací služby	11
Centra denních služeb	13
Denní stacionáře	21

Druhy sociálních služeb	Počet služeb v kraji
Týdenní stacionáře	5
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	22
Domovy pro seniory	55
Domovy se zvláštním režimem	7
Chráněné bydlení	9
Sociální služby poskytované ve zdravotnickém zařízení ústavní péče	2
Služby sociální péče celkem	196
Raná péče	10
Telefonická krizová pomoc	2
Tlumočnické služby	1
Azylové domy	25
Domy na půl cesty	4
Kontaktní centra	5
Krizová pomoc	5
Nízkoprahová denní centra	6
Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	33
Noclehárny	9
Služby následné péče	5
Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	24
Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	15
Sociálně terapeutické dílny	9
Terapeutické komunity	1
Terénní programy	11
Sociální rehabilitace	16
Služby sociální prevence celkem	181
Celkem	425

Služby sociální péče

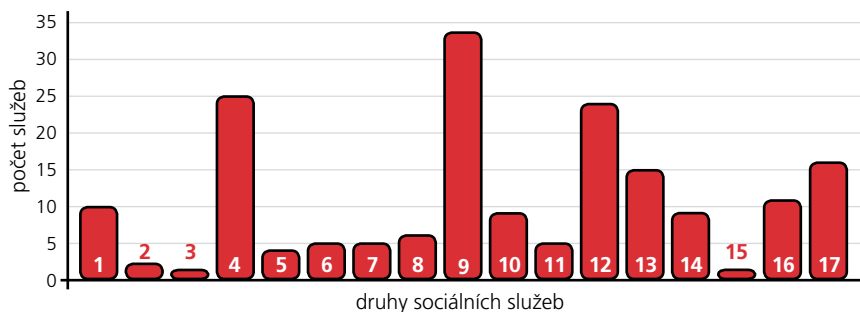


- | | | |
|---|---|---|
| 1 Osobní asistence | 6 Odlehčovací služby | 11 Domovy pro seniory |
| 2 Pečovatelská služba | 7 Centra denních služeb | 12 Domovy se zvláštním režimem |
| 3 Tísňová péče | 8 Denní stacionáře | 13 Chráněné bydlení |
| 4 Průvodcovské a předčitatelské služby | 9 Týdenní stacionáře | 14 Sociální služby poskytované ve zdrav. zařízení ústavní péče |
| 5 Podpora samostatného bydlení | 10 Domovy pro os. se zdrav. postižením | |

V oblasti služeb sociální péče zcela téměř jednu třetinu poskytovaných služeb tvoří domovy pro seniory (55 z celkového počtu 196 služeb). Výraznou měrou je v kraji zastoupeno poskytování pečovatelské služby (32 služeb). Téměř stejným počtem jsou prezentovány služby domovů pro osoby se zdravotním postižením (22) a denní stacionáře (21 služeb). Celkem 93 služeb je poskytováno celoročně v domovech (pro seniory, osoby se zdravotním postižením a se zvláštním režimem) a chráněném bydlení.

V oblasti sociální prevence dominují služby nízkoprahových zařízení pro děti a mládež (33 z celkového počtu 181 služeb). 25 služeb tvoří azylové domy a následují sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, seniory a osoby se zdravotním postižením, služby sociální rehabilitace.

Služby sociální prevence



- | | | |
|------------------------------------|--|--|
| 1 Raná péče | 7 Krizová pomoc | 13 Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením |
| 2 Telefonická krizová pomoc | 8 Nízkoprahová denní centra | 14 Sociálně terapeutické dílny |
| 3 Tlumočnické služby | 9 Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež | 15 Terapeutické community |
| 4 Azylové domy | 10 Noclehárny | 16 Terénní programy |
| 5 Domy na půl cesty | 11 Služby následné péče | 17 Sociální rehabilitace |
| 6 Kontaktní centra | 12 Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi | |

5.1.2 Cílové skupiny uživatelů

Hlavní okruhy osob, jimž jsou poskytovány sociální služby, jsou u jednotlivých druhů sociálních služeb uvedeny v tabulce č. 4.

Tabulka č. 4

Druhy sociálních služeb	Kapacita 2007	Kapacita 2006	Hlavní cílová skupina
Sociální poradenství	44847	42625	rodiny s dětmi, osoby v krizi, děti a mládež 6–26 let
Sociální poradenství celkem	44 847	42625	

Druhy sociálních služeb	Kapacita 2007	Kapacita 2006	Hlavní cílová skupina
Osobní asistence	779	650	osoby s tělesným postižením, zdravotním postižením, senioři
Pečovatelská služba	6973	5877	senioři, osoby se zdravotním postižením, chronické onemocnění
Tísňová péče	135	110	senioři, osoby s tělesným postižením, zdravotním postižením
Průvodcovské a předčitatelské služby	85	88	osoby se zrakovým, kombinovaným postižením, děti a mládež 6–26 let věku tímto postižením
Podpora samostatného bydlení	41	38	osoby chronickým duševním onemocněním, osoby se zdravotním postižením, mentálním postižením
Odlehčovací služby	357	175	osoby s kombinovaným, tělesným, mentálním postižením
Centra denních služeb	8921	7840	osoby zdravotním postižením, senioři, osoby s kombinovaným postižením
Denní stacionáře	754	717	osoby s mentálním, kombinovaným, tělesným postižením
Týdenní stacionáře	103	101	osoby s mentálním, kombinovaným postižením, senioři
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	1655	1738	osoby s kombinovaným, tělesným, mentálním postižením
Domovy pro seniory	5640	5389	senioři, osoby s tělesným postižením, chronickým onemocněním
Domovy se zvláštním režimem	388	303	osoby s chronickým duševním onemocněním, osoby s mentálním postižením, ohrožení závislostí
Chráněné bydlení	224	198	osoby s kombinovaným, tělesným, mentálním postižením
Sociální služby poskytované ve zdravotnickém zařízení ústavní péče	185	282	senioři, osoby s chronickým onemocněním
Služby sociální péče celkem	26 240	23506	
Raná péče	224	165	rodiny s dětmi, osoby se zdravotním, kombinovaným, mentálním postižením
Telefonická krizová pomoc	3450	3300	osoby v krizi
Tlumočnické služby	430	180	osoby se sluchovým postižením
Azylové domy	1948	1827	bez přístřeší, v krizi, oběti domácího násilí
Domy na půl cesty	294	290	oběti domácího násilí, rodiny s dětmi, osoby do 26 let opouštějící školská zařízení
Kontaktní centra	12650	1080	osoby se závislostí, osoby v krizi, osoby s rizikovým způsobem života
Krizová pomoc	2886	954	osoby v krizi, oběti domácího násilí
Nízkoprahová denní centra	1270	1160	osoby bez přístřeší, osoby v krizi, pachatelé trestné činnosti

Druhy sociálních služeb	Kapacita 2007	Kapacita 2006	Hlavní cílová skupina
Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	27 379	25999	děti a mládež 6–26 let, etnické menšiny, osoby ze sociálně vyloučených komunit
Noclehárny	1978	1917	osoby bez přístřeší, osoby s rizikovým způsobem života, osoby v krizi,
Služby následné péče	335	210	osoby s chronickým duševním onemocněním, osoby s kombinovaným postižením
Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	3061	1196	rodiny s dětmi, děti a mládež 6–26 let
Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	6139	7258	senioři, osoby s kombinovaným postižením, osoby se zdravotním postižením
Sociálně terapeutické dílny	357	311	osoby s kombinovaným, mentálním postižením
Terapeutické komunity	18	18	osoby se závislostí
Terénní programy	12 722	1785	osoby s rizikovým způsobem života, osoby ze sociálně vyloučených komunit, osoby se závislostí
Sociální rehabilitace		2533	Osoby chronickým duševním onemocněním, osoby s kombinovaným postižením, osoby s mentálním postižením
Služby soc.prevence celkem	75 141	50183	

Údaje o kapacitě za rok 2006 i za rok 2007 nejsou zcela objektivní, neboť žádosti byly podávány do konce měsíce srpna roku 2006 a poskytovatelé sociálních služeb tak pracovali s odhadem kapacit do konce roku 2006. V době podávání žádostí rovněž mnozí poskytovatelé neměli zcela reálnou představu o počtech uživatelů služeb v roce 2007 s ohledem na změnu systému sociálních služeb s příchodem účinnosti Zákona o sociálních službách a tyto se ve skutečnosti mohou lišit. Nicméně přesto s vědomím těchto faktů lze konstatovat, že počty uživatelů se u služeb sociální prevence navýšily o 5 %, v oblasti služeb sociální péče došlo k nárůstu počtu uživatelů o 12 % a kapacita u služeb sociální prevence byla navýšena o 50 % oproti stavu roku 2006. Celkový součet kapacit uživatelů za všechny oblasti sociálních služeb (poradenství, péče a prevence) není uveden, protože by byl zavádějící. V rámci služeb sociální prevence totiž spíše pracujeme s počtem intervencí, u pobytových druhů sociálních služeb s počtem míst, v oblasti služeb sociální prevence s počtem uživatelů, kterým služba může být poskytnuta opakovaně.

5.1.3 Zřizovatelé

V následující tabulce č. 5 je uvedena detailní struktura zřizovatelů dle konkrétních druhů poskytovaných sociálních služeb:

Tabulka č. 5

Druhy sociálních služeb	Počet služeb v MSK	Zřizovatel		
		kraj	obec	NNO
Sociální poradenství	48	2	5	41
Sociální poradenství celkem	48	2	5	41
Osobní asistence	13	0	4	9
Pečovatelská služba	32	0	11	21
Tišňová péče	1	0	0	1
Průvodcovské a předčitatelské služby	2	0	0	2
Podpora samostatného bydlení	3	1	0	2
Odlehčovací služby	11	0	4	7
Centra denních služeb	13	0	3	10
Denní stacionáře	21	1	10	10
Týdenní stacionáře	5	1	2	2
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	22	10	2	10
Domovy pro seniory	55	16	22	17
Domovy se zvláštním režimem	7	5	2	0
Chráněné bydlení	9	1	3	5
Sociální služby poskytované ve zdravotnickém zařízení ústavní péče	2	0	2	0
Služby sociální péče celkem	196	35	65	96
Raná péče	10	0	1	9
Telefonická krizová pomoc	2	1	1	0
Tlumočnické služby	1	0	0	1
Azylové domy	25	0	4	21
Domy na půl cesty	4	0	1	3
Kontaktní centra	5	0	1	4
Krizová pomoc	5	0	0	5
Nízkoprahová denní centra	6	0	1	5
Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	33	0	1	32
Noclehárny	9	0	1	8
Služby následné péče	5	0	0	5
Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	24	0	1	23
Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	15	0	2	13
Sociálně terapeutické dílny	9	1	1	7
Terapeutické komunity	1	0	0	1
Terénní programy	11	0	2	9
Sociální rehabilitace	16	0	0	16
Služby sociální prevence celkem	181	2	17	162
CELKEM	425	39	87	299

Tabulka č. 6 charakterizuje rozdělení zřizovatelů v oblastech poskytovaných sociálních služeb:

Tabulka č. 6

Oblast sociální služby	Zřizovatel						Celkem počet
	kraj		obec		Nestátní neziskové organizace		
	počet	%	počet	%	počet	%	
Sociální poradenství	2	5	5	10	41	85	48
Sociální péče	35	18	65	33	96	49	196
Sociální prevence	2	1	17	9	162	89	181
Celkem	39	9	87	21	299	70	425

Z analýzy poskytovaných služeb z hlediska zřizovatelů je zřejmé, že v nejvyšší míře zajišťují sociální služby v kraji nestátní neziskové organizace, které zaujímají 70 % celkového objemu poskytovaných služeb. Obce poskytují 21 % všech služeb a kraj 9 %.

Nestátní neziskové organizace zcela dominují v oblasti služeb sociálního poradenství (85 %) a poskytují téměř polovinu služeb sociální péče. Vysoký podíl v oblasti sociální péče, stejně jako u obcí, je zapříčiněn jejich působením v oblasti terénních služeb (zejména pečovatelské služby).

Kraj, přestože v oblasti sociální péče zaujímá pouze 18 % celkového objemu, z 91 % zřizuje pobytové sociální služby s celoročním pobytem (domovy pro seniory, osoby se zdravotním postižením a se zvláštním režimem, chráněné bydlení). U obcí tyto služby zaujímají 45 % jimi zřizovaných služeb a u nestátních neziskových organizací 33 %.

Nestátní neziskové organizace poskytují 89 % služeb v oblasti sociální prevence (jedná se zejména o poskytování služeb v nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež, v azylových domech, v sociálně aktivizačních služeb pro rodinu a děti, seniory a osoby se zdravotním postižením a služby sociální rehabilitace).

Uvedený výstup přirozeně odráží historický vývoj v oblasti sociálních služeb (viz část 5.2.1 – vývoj financování sociálních služeb).

5.1.4 Analýza finančních toků na sociální služby

Celkový požadavek na všechny druhy sociálních služeb byl vyčíslen na Kč 1 120 799 404,-. Souhrnná výše dotace poskytnuté MPSV činila Kč 773 406 000,-. Detailní rozdělení financí na jednotlivé druhy sociálních služeb znázorňuje tabulka č. 7.

Tabulka č. 7

Druhy sociálních služeb	Počet služeb	Požadovaná výše dotace	Poskytnutá výše dotace	% dotace v oblasti sociální služby	% dotace v rámci celku	% podíl požadavku a dotace
Sociální poradenství	48	44 248 335	18 990 000			43
Sociální poradenství celkem	48	44 248 335	18 990 000	100	2,5	43
Osobní asistence	13	19 787 601	9 770 000	1,4		49
Pečovatelská služba	32	45 314 475	7 970 000	1,2		18
Tísňová péče	1	2 115 000	1 450 000	0,2		69
Průvodcovské a předčitatelské služby	2	748 617	0	0,0		0
Podpora samostatného bydlení	3	1 701 430	980 000	0,1		58
Odlehčovací služby	11	9 871 237	1 070 000	0,2		11
Centra denních služeb	13	7 385 539	2 810 000	0,4		38
Denní stacionáře	21	43 348 148	26 980 000	4,0		62
Týdenní stacionáře	5	5 127 308	4 510 000	0,7		88
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	22	209 034 742	205 810 000	30,2		98
Domovy pro seniory	55	477 885 817	382 926 000	56,2		80
Domovy se zvláštním režimem	7	29 905 811	18 200 000	2,7		61
Chráněné bydlení	9	15 179 049	7 110 000	1,0		47
Sociální služby poskytované ve zdravotnickém zařízení ústavní péče	2	13 600 000	11 630 000	1,7		86
Služby sociální péče celkem	196	881 004 774	681 216 000	100	88	77
Raná péče	10	5 204 080	1 520 000	2,1		29
Telefonická krizová pomoc	2	2 081 898	880 000	1,2		42
Tlumočnické služby	1	1 204 200	0	0,0		0
Azylové domy	25	40 570 713	13 940 000	19,0		34
Domy na půl cesty	4	7 993 790	1 970 000	2,7		25
Kontaktní centra	5	5 972 764	1 710 000	2,3		29
Krizová pomoc	5	4 510 977	2 350 000	3,2		52
Nizkoprahová denní centra	6	2 858 312	190 000	0,3		7
Nizkoprahová zařízení pro děti a mládež	33	35 313 276	11 800 000	16,1		33
Noclehárny	9	12 649 938	9 250 000	12,6		73
Služby následné péče	5	2 798 483	940 000	1,3		34
Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	24	20 255 575	6 820 000	9,3		34
Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	15	12 705 333	5 720 000	7,8		45
Sociálně terapeutické dílny	9	11 837 587	6 370 000	8,7		54

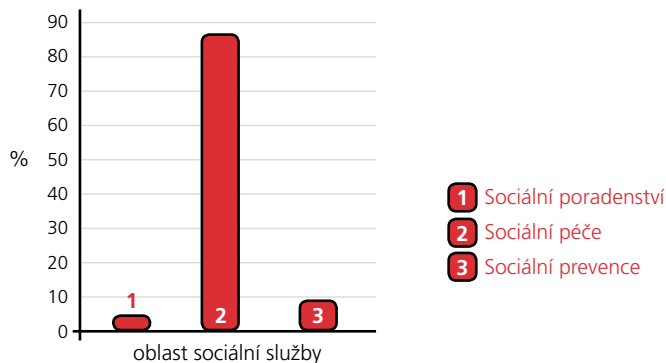
Druhy sociálních služeb	Počet služeb	Požadovaná výše dotace	Poskytnutá výše dotace	% dotace v oblasti sociální služby	% dotace v rámci celku	% podíl požadavku a dotace
Terapeutické komunity	1	900 000	780 000	1,1		87
Terénní programy	11	6 387 452	1 170 000	1,6		18
Sociální rehabilitace	16	22 301 917	7 790 000	10,6		35
Služby sociální prevence celkem	181	195 546 295	73 200 000	100	9,5	37
CELKEM	425	1 120 799 404	773 406 000		100	69

Z analýzy toku finančních prostředků na jednotlivé oblasti sociálních služeb vyplývá, že zcela dominantní část prostředků byla vynaložena na oblast služeb sociální péče (88 % souhrnné dotace poskytnuté MPSV na všechny druhy sociálních služeb). Služby sociální prevence zaujímají pouze 9,5 % a služby sociálního poradenství dokonce jen 2,5 % celkového objemu dotace.

U služeb sociální péče 56 % finančních prostředků vynaložených v rámci této oblasti připadlo na domovy pro seniory a 30 % domovům pro osoby se zdravotním postižením. Zbývajících 14 % bylo rozděleno mezi ostatní druhy služeb sociální péče.

V rámci služeb sociální prevence byly nejvíce podpořeny služby azylových domů (19 %) a nízkoprahová centra pro děti a mládež (16 %), noclehárny (12,6 %) a služby sociální rehabilitace (10,6 %).

Struktura finančních toků na sociální služby v %

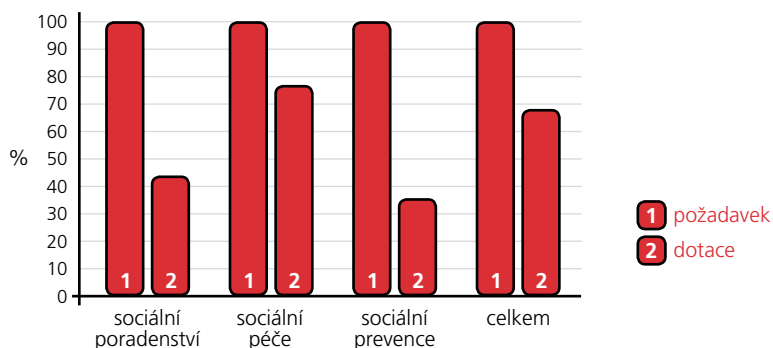


V tabulce č. 8 a následujícím grafu je znázorněn podíl požadavku a dotace v rámci jednotlivých oblastí sociálních služeb. Souhrnná dotace poskytnutá MPSV na sociální služby v Moravskoslezském kraji tvořila 69 % požadavku, přičemž nejmenší rozdíl mezi požadavkem a konečnou dotací byl u služeb sociální péče (77 %). Výše uvedená tabulka č. 7 zaznamenává tento podíl u jednotlivých druhů sociálních služeb.

Tabulka č. 8

Oblast sociální služby	požadavek	dotace	% podíl
Sociální poradenství	44 248 335	18 990 000	43
Sociální péče	881 004 774	681 216 000	77
Sociální prevence	195 546 295	73 200 000	37
Celkem	1 120 799 404	773 406 000	69

Podíl požadované a poskytnuté dotace v %



5.2 Financování

5.2.1 Vývoj financování sociálních služeb

Sociální služby na území ČR byly do roku 1989 zajišťovány státem zejména prostřednictvím okresních ústavů sociálních služeb. Některá zařízení sociálních služeb po roce 1989 převzaly od státu obce. V souvislosti s reformou veřejné správy a zánikem okresních úřadů byla v roce 2002 zařízení sociálních služeb v MSK zřizovaných státem převedena na kraj. V 90. letech vznikaly vedle již existujících typů služeb (především služby ústavního typu a pečovatelská služba) také nové moderní typy služeb reagující na potřeby uživatelů, které zajišťovaly a zajišťují téměř výhradně nestátní neziskové organizace. Tyto služby byly z části financovány ze státního rozpočtu z kapitoly Ministerstva práce a sociálních věcí ČR formou dotací nestátním neziskovým subjektům. Reforma veřejné správy představovala zásadní změnu ve způsobu financování sociálních služeb v kraji.

5.2.1.1 Stav do 31. 12. 2006

Do konce roku 2006 byly sociální služby financovány odlišně v závislosti na skutečnosti, kdo je jejich zřizovatelem.

Struktura financování dle zřizovatele:

a) Příspěvkové organizace obcí:

A. Dotace na místo (obcím je v současné době ze státního rozpočtu poskytována dotace na místo v zařízení sociální péče),

- B. Příjmy od uživatelů služeb – týká se pobytových služeb (úhrada za ubytování, stravu, služby),
- C. Zbývající část nákladů hradí obec ze svého rozpočtu.

b) Příspěvkové organizace krajů:

- A. Dotace ze státního rozpočtu na provoz zařízení, která byla na kraje převedena zvláštním zákonem a vykonávají k nim zřizovatelskou funkci (v rámci tzv. souhrnného dotačního vztahu),
- B. Příjmy od uživatelů služeb – týká se pobytových služeb (úhrada za ubytování, stravu, služby),
- C. Zbývající část nákladů hradí kraj ze svého rozpočtu.

c) Nestátní neziskové organizace (dále jen „NNO“):

- A. Dotace z rozpočtu kraje – kraj každoročně vyhlašuje rozvojové dotační programy. Tyto dotační prostředky nejsou určeny na financování běžných provozních nákladů, nýbrž na rozvoj sociálních služeb v kraji (zavádění standardů kvality, komunitní plánování, vzdělávání zaměstnanců apod.),
- B. Příjmy od uživatelů služeb – u pobytových služeb (úhrada za ubytování, stravu a služby),
- C. Dotace ze státního rozpočtu.

MPSV do roku 2004 vyhlašovalo dotační programy na podporu NNO poskytující sociální služby týkající se 4 hlavních oblastí:

1. podpora aktivit zaměřených na protidrogovou politiku
2. podpora aktivit zaměřených na sociální prevenci a prevenci kriminality
3. podpora poskytování zvláštních sociálních služeb v sociálně vyloučených romských komunitách
4. podpora aktivit zaměřených zejména na integraci a pomoc seniorům a osobám se zdravotním postižením

Tyto programy podpory sociálních služeb byly dále děleny na podporu na:

1. celostátní úrovni
2. místní a regionální úrovni

Na rok 2005 MPSV upravilo svou dotační politiku. Jeden z programů podpory sociálních služeb pro rok 2005 byl určen krajům, a to za účelem zajištění financování poskytování sociálních služeb seniorům a osobám se zdravotním postižením na místní a regionální úrovni zajišťovaných nestátními neziskovými organizacemi.

Moravskoslezský kraj s ohledem na disponování s omezenými finančními prostředky považoval za nutné vytvořit systém financování sociálních služeb poskytovaných NNO na území kraje. Zastupitelstvo kraje tak dne 7. 9. 2005 usnesením č. 6/324/1 souhlasilo

s principy Návrhu systému financování sociálních služeb na území kraje poskytovaných nestátními neziskovými organizacemi seniorům a občanům se zdravotním postižením. Tento systém byl uplatněn v rámci dotačního řízení na podporu sociálních služeb poskytovaných nestátními neziskovými organizacemi pro uvedené cílové skupiny na území kraje na rok 2006.

Podstatou tohoto systému bylo na základě principů sociální politiky kraje a analýzy údajů z dotačního řízení proběhlého v předchozím roce nastavit určitá kritéria financování služeb s ohledem na druh poskytované služby (vymezení maximální procentní podpory kraje jednotlivých komplexů sociálních služeb. Sociální služby tak byly rozčleněny do 4 kategorií:

1. Služby, u nichž bylo navrženo, že v budoucnu nebudou krajem dále podporovány a na rok 2006 byly charakterizovány dotací max. 50 % s tím, že tato podpora bude postupně snižována (např. 10%/rok) až k dosažení konečného stavu (kraj se na službě finančně nepodílí). Prioritně domy s pečovatelskou službou, pečovatelská služba.
2. U služeb, jež souvisejí s postupným snižováním podpory kraje až k dospění cílového stavu (kraj se na službě finančně nepodílí), byla určena maximální hranice podpory na rok 2006 – 60 %. Jednalo se o domovy penzióny pro důchodce, centra denních služeb pro seniory.
3. U služeb domova důchodců byla fixně určena výše finančního podílu v Kč. S ohledem na výši dotace ze státního rozpočtu obcím na 1 místo v domovech důchodců byla na rok 2006 stanovena ve výši 66,8 tis. Kč).
4. Ostatní služby, na jejichž zajištění se kraj bude v následujícím období podílet, byly na rok 2006 vymezeny maximální podporou ve výši 70 %. Tento procentuální podíl měl zůstat zachován, případně postupně navyšován (u vybraných druhů sociálních služeb až do 100 %).

Tento systém týkající se nestátních neziskových organizací měl být aktualizován a uplatňován i v následujících letech se záměrem dosáhnout zamýšleného cíle.

5.2.1.2 Stav od 1. 1. 2007

S účinností zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění došlo k zásadním změnám celého systému sociálních služeb, včetně systému financování. Zavedením nového systému financování byly setřeny rozdíly mezi financováním organizací zřizovaných kraji, obcemi a nestátními neziskovými organizacemi. Z hlediska financování sociálních služeb bude vůči všem registrovaným poskytovatelům služeb uplatňován jednotný přístup. Zákon dělí sociální služby na služby za plnou úhradu, částečnou úhradu či bez úhrady. Zásadní změnou je, že do systému financování sociálních služeb vstupuje nová dávka – tzv. příspěvek na péči, který občané závislí na pomoci jiné fyzické osoby dostávají k dispozici (ve výši odpovídající stupni jejich závislosti na pomoci jiné osoby) za účelem zajištění potřebné pomoci.

Struktura financování sociálních služeb dle zákona o sociálních službách (bez ohledu na zřizovatele služby):

A. Příspěvek na péči

Příspěvek na péči je občany závislími na pomoci jiné fyzické osoby využíván za účelem zajištění potřebné pomoci. Příspěvkem na péči budou částečně profinancovány služby poskytované uživatelům. Příspěvek budou moci nárokovat pouze ty služby, které jsou zákonem definovány jako služby za částečnou či plnou úhradu. Maximální cena za jednotku (např. hodina práce osobního asistenta apod.) je regulována prováděcím předpisem. Vyhláškou stanovená maximální cena za hodinu vykonané práce se pohybuje na mnohem nižší úrovni, než je skutečná celková cena práce. Na pokrytí nákladů na zajištění služby tedy bude nutné využít i další z potenciálních zdrojů financování (viz níže).

B. Dotace ze státního rozpočtu

Poskytovatelé sociálních služeb měli možnost požádat o dofinancování svých služeb.

Program podpory A – podpora poskytování sociálních služeb, které mají místní či regionální charakter, poskytovaných uživatelům služeb v souladu s místními či regionálními potřebami (podpora podle § 101 zákona o sociálních službách)

- dotace ze státního rozpočtu se poskytuje na zajištění poskytování sociálních služeb poskytovatelům sociálních služeb, kteří jsou zapsáni v registru,
- v dotačním řízení na rok 2007 byl žadatel o dotaci definován odlišně, protože poskytovatelé služeb ještě nebyli registrováni: žádost o dotaci na rok 2007 podával poskytovatel, který přede dnem nabytí účinnosti zákona o sociálních službách poskytoval sociální služby podle dosavadních právních předpisů a který zároveň v roce 2006 čerpal dotaci ze státního rozpočtu či rozpočtu kraje nebo obce,
- žádost o dotaci ze státního rozpočtu podává poskytovatel sociální služby krajskému úřadu, na jehož území poskytuje sociální služby.
- krajský úřad žádosti zhodnotí z formálního i obsahového hlediska, včetně návrhu na poskytnutí dotace, a postoupí je spolu se souhrnnou žádostí o dotaci MPSV,
- souhrnná žádost krajského úřadu obsahuje celkový požadavek na financování sociálních služeb v kraji (v souladu s vyhodnocenými žádostmi poskytovatelů) a rovněž nedílnou součástí žádosti bude střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v kraji, který obsahuje ekonomickou analýzu v plánu identifikovaných potřeb a způsob jejich finančního zajištění,

Program podpory B – dotaci poskytuje přímo MPSV,

Program podpory B1 – podpora sociálních služeb, které mají celostátní či nadregionální charakter (podpora podle § 104 odst. 3 písm. a) zákona o sociálních službách)

Poskytovaná služba musela splňovat následující podmínky: působnost sociálních služeb musí přesahovat území minimálně tří sousedících krajů a vzhledem k charakteristikám poskytované služby nelze efektivně uskutečňovat podporu služby v rámci jednotlivých krajů odděleně, poskytování sociální služby mělo mít dopad na celou cílovou skupinu

uživatelů služby a při poskytování sociální služby musí být vytvářen systémový přístup k řešení problematiky cílové skupiny v rámci celé ČR.

Program podpory B2 – podpora činností, které mají rozvojovou povahu (podpora podle § 104 odst. 3 písm. b) zákona o sociálních službách)

Podpora tzv. pilotních projektů, které budou zaměřeny na rozvoj poskytování sociálních služeb určité cílové skupině uživatelů a principy vzešlé z projektu budou uplatnitelné v rámci dalších regionů v České republice.

C. Úhrady od uživatelů služeb

Poskytovatelé pobytových služeb mohou počítat, kromě příspěvku na péči, rovněž s úhradou uživatelů služeb za ubytování a stravu. Maximální výše úhrad za stravu a ubytování bude stanovena prováděcím předpisem. Jelikož záměrem zákonodárce je tímto postupem chránit uživatele služeb před stanovením nepřiměřených cen úhrad, je zřejmé, že maximální ceny nebudou ve výši reálné hodnoty. Dle dostupných informací (příslušný prováděcí předpis ještě není k dispozici) se budou ceny pohybovat spíše v úrovni nižší, než je obvyklá cena za ubytování a stravu (dle aktuálních kalkulací přibližně 60 % skutečných nákladů).

Příspěvek na péči musí být primárně využit na úhradu tzv. „základních činností“, které jsou stanoveny zákonem o sociálních službách. Zařízení však mohou kromě základních činností (obligatorních) poskytovat i služby nadstandardní (fakultativní). Za tyto nadstandardní služby může zařízení požadovat úhradu, jejíž výše nebude omezena prováděcím právním předpisem.

D. Dotace z rozpočtu kraje nebo obce

Obec nebo kraj může poskytnout ze svého rozpočtu registrovaným poskytovatelům sociálních služeb účelové dotace k financování běžných výdajů souvisejících s poskytováním sociálních služeb (podpora podle § 105 zákona o sociálních službách).

E. Další zdroje

Dalšími zdroji financování mohou být (tak jako v předchozích letech) zdroje ze Strukturálních fondů Evropských společenství a dalších programů Evropských společenství, příspěvky individuálních dárců, veřejné sbírky aj.

5.2.2 Způsob hodnocení žádostí krajským úřadem uplatněný na rok 2007

Žádosti byly hodnoceny v souladu s metodikou zpracovanou MPSV ČR. Tato metodika upravovala podmínky a pravidla pro poskytnutí dotace, postup pro podání žádosti, postup a kritéria pro hodnocení žádosti a stanovení výše dotace, pravidla a podmínky pro čerpání, kontrolu a vyúčtování dotace pro rok 2007. V návaznosti na metodiku krajského úřadu posuzování žádostí bylo dále postupováno v souladu se Zásadami hodnocení žádostí v rámci Programu podpory A – pro místní a regionální poskytovatele služeb. Každá žádost byla nejprve vyhodnocena z hlediska správnosti formálních náležitostí.

Poté byly žádosti posuzovány po obsahové stránce, tj. podle 5 hlavních kritérií (popis cílové skupiny; metody realizace poskytování sociální služby; personální zabezpečení služby; potřebnost poskytované služby; finanční přiměřenost (rozpočet) a zajištění dalších zdrojů). Jednotlivá žádost mohla získat max. 100 bodů, bodové rozložení a konkrétní otázky v jednotlivých hodnocených kritériích byly stanoveny v souladu se sociální politikou kraje (viz tabulka č. 9). Realizace těchto principů je patrná zejména v oblasti posuzování potřebnosti sociální služby (princip zajištění služeb zaměřených na seniory, hlavně pečovatelská služba v gesci obcí).

Tabulka č. 9

oblast	Rozptyl
1. Popis cílové skupiny	celkem: max. 15
1 jak je cílová skupina definována (místně, velikostí, věkem, rozhodujícími znaky pro náležitost k cílové skupině, kontraindikacemi zařazení do služby)	5 (0 – 3 – 5)
2 jaký dopad má poskytování sociální služby na cílovou skupinu a jak služba přispívá k řešení problémů cílové skupiny	5 (0 – 3 – 5)
3 zda je velikost cílové skupiny (počty uživatelů služby) reálná a přiměřená zejména ve vztahu ke kapacitním možnostem žadatele – poskytovatele služby a potřebnosti řešení problematiky cílové skupiny v rámci regionu	3 (0 – 2 – 3)
4 znalost cílové skupiny a dostatečné zkušenosti s prací s cílovou skupinou	2 (0 – 1 – 2)
2. Metody realizace poskytování sociální služby	celkem: max. 25
1 je navržený způsob metod poskytování sociální služby (jsou popsány metody práce s uživatelem)	7 (0 – 4 – 7)
2 je popsáno jednání se zájemcem o službu, individuální plánování, dohody s uživateli (procedurální standardy)	5 (0 – 3 – 5)
3 má organizace popsán způsob řešení stížností	4 (0 – 2 – 4)
4 jsou v organizaci zaváděny standardy kvality sociálních služeb	5 (0 – 3 – 5)
5 časový rozsah poskytování sociální služby (období poskytování soc. sl., provozní hodiny)	4 (0 – 2 – 4)
3. Personální zabezpečení sociální služby	celkem: max. 15
1 zda personální zabezpečení (složení pracovního týmu) odpovídá charakteru poskytované sociální služby (výčet pracovníků a charakteristika jejich funkčního zařazení, odborná způsobilost)	6 (0 – 3 – 6)
2 zda je přiměřený počet odborných pracovníků vzhledem k množství a charakteristice uživatelů a metodám práce	6 (0 – 3 – 6)
3 jakým způsobem je zabezpečena podpora zaměstnanců (profesní rozvoj, hodnocení, supervize apod.)	3 (0 – 2 – 3)
4. Potřebnost poskytované služby	celkem: max. 25
1 je sociální služba v souladu se strategickými materiály kraje, popř. odpovídá plánu rozvoje sociálních služeb obce (je-li popsána vazba na strategické materiály)	5 (0 – 3 – 5)

oblast	Rozptyl
2	potřebnost služby a její podpora krajem je v návaznosti na Systém financování sociálních služeb je charakterizována max. 9:
	3 – pečovatelská služba
	6 – domovy pro seniory, centra denních služeb pro seniory, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením
	9 – ostatní druhy služeb)
3	jaká je potřebnost služby s ohledem na statistický význam výskytu cílové skupiny v místě
	0 – nepotřebná (nadbytečná)
	3 – potřebná na úrovni obce (uživatelé jsou primárně občany dané obce)
	6 – potřebná na úrovni kraje (přesahuje rámec jednotlivých obcí, význam až na úrovni kraje)
4	vhodnost zvoleného druhu služby ve vztahu k potřebám cílové skupiny
5	Finanční přiměřenost (rozpočet), zajištění dalších zdrojů
	celkem:
	max. 20
1	nelze hradit z dotace podle metodiky = neuznatelné náklady (= 0 bodů)
2	jsou výrazně nadhodnocené, např. vzhledem k rozsahu poskytované služby, nejsou nezbytně nutné pro poskytování služby v rozsahu stanoveném
3	základními činnostmi při poskytování sociálních služeb pro příslušný druh sociální služby nebo nesouvisí s poskytováním sociální služby
4	zda má žadatel zajištěny další zdroje financování služby, velikost dalších zdrojů např. příspěvek ze strany zřizovatele, v případě služeb zřizovaných obcí či krajem, dotace z jiných kapitol státního rozpočtu či jiného dotačního titulu MPSV ČR a dalších veřejných rozpočtů (obce, kraje) atd.
CELKEM (1-5)	

Při stanovování návrhu výše dotace bylo přihlíženo zejména k dosaženému bodovému hodnocení služby, ke zdrojům financování služby a objemu prostředků vyčleněných pro kraj na financování sociálních služeb ve státním rozpočtu pro daný rok.

Byl zvolen přístup, kdy se u žádosti pracovalo s výší dotace poskytnuté v předchozím roce. Dále se přihlíželo k tomu, zda je sociální služba poskytována za úhradu od uživatelů či nikoliv. Výsledná výše pak byla s ohledem na kvalitu žádosti procentně krácena či navyšována, a to tak, že požadavky:

- s nízkým hodnocením byly navrženy k podpoře ve výši dotace roku 2006,
- s průměrným hodnocením byly navýšeny o 3%,
- s vysokým hodnocením byly navýšeny o 6%.



Kritéria financování
na rok 2008–2009

6.



Podstatou návrhu SPSS na rok 2008–2009 je popsat současný stav v oblasti poskytování sociálních služeb v kraji a v oblasti financování stabilizovat síť stávajících poskytovatelů.

S tím souvisí skutečnost, že než dojde k vyjednávání veřejného závazku za zajištění jednotlivých druhů sociálních služeb mezi dotčenými subjekty (obcí a krajem), což je smyslem druhé fáze SPSS, čímž dojde k nastavení systémových změn ve struktuře financování, je v následujícím dvouletém období účelné respektovat stávající způsob financování.

V roce 2008–2009 budou dle tohoto systému financováni:

1) PRIMÁRNĚ

Stávající služby:

- jedná se o poskytovatele sociálních služeb na území kraje, kteří byli financováni ze státního, krajského rozpočtu v roce 2007 (k sociálním službám financovaným v roce 2007 jen ze Společného regionálního operačního programu bude v těchto souvislostech přístupováno individuálně),
- důraz bude kladen na zjištěnou potřebnost služby v regionu (výstup z procesu plánování sociálních služeb na obcích),
- systém hodnocení bude reflektovat celkovou úroveň žádosti (procentní zvýhodnění kvalitních žádostí, krácení žádostí s nízkým bodovým hodnocením)

V souladu se sociální politikou kraje u pečovatelské služby*:

- na rok 2008 – výše dotace z roku 2007 krácena o 25 %, celkově však max. 50 % spoluúčast na financování služby ze státního rozpočtu v rámci dotačního řízení
- na rok 2009 – výše dotace z roku 2008 krácena o 40 %, celkově max. 30 % spoluúčast na financování služby ze státního rozpočtu v rámci dotačního řízení

* Pozn.: Pečovatelská služba Hrabyně bude posuzována individuálně s ohledem na skutečnost, že se jedná o specifickou situaci v oblasti poskytování pečovatelské služby. Z celkového počtu obyvatel obce Hrabyně tvoří téměř 40 % občanů osoby se zdravotním postižením.

2) OMEZENĚ

Nové služby:

- možnost vstupu nových žadatelů do systému pouze v případě, že se bude jednat o sociální službu, která je v regionu velmi nedostatečně zajištěna, případně chybí (jde o založení nové sociální služby či nově financované již existující služby)

služby řešící potřebu cílové skupiny v rámci obce:

- výstup plánování sociálních služeb v obci
- obec deklaruje finanční podíl na zajištění sociální služby:
 - na rok 2008 – max. 70 % spoluúčast na financování služby ze státního rozpočtu v rámci dotačního řízení
 - na rok 2009 – max. 40 % spoluúčast na financování služby ze státního rozpočtu v rámci dotačního řízení

služby řešící potřebu cílové skupiny v rámci kraje:

- vybrané sociální služby, jejichž potřeba je identifikována na základě výstupů strategických materiálů kraje:
 - pobytová služba pro osoby s chronickým duševním onemocněním
 - pobytová služba pro osoby se závislostí na alkoholu, primárně ve věku seniorů
 - raná péče na Novojičínsku
 - krizová pomoc, intervenční centra na Novojičínsku, Bruntálsku a Opavsku

Žádosti budou hodnoceny po formální stránce a z hlediska obsahové půjde, stejně jako v předchozím roce, zejména o posouzení popisu cílové skupiny, metod realizace poskytování sociální služby, personálního zabezpečení služby, potřebnosti poskytované služby, finanční přiměřenosti (rozpočet) a zajištění dalších zdrojů.





Příloha

Základní sociálně-demografické
údaje ve vztahu k plánování
sociálních služeb



1. ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA MORAVSKOSLEZSKÉHO KRAJE

Do 31. 12. 2002 byl Moravskoslezský kraj vymezen 6 okresy – Bruntál, Frýdek-Místek, Karviná, Nový Jičín, Opava a Ostrava-město.

Od 1. 1. 2003, v návaznosti na reformu veřejné správy v ČR, bylo v Moravskoslezském kraji ustanoveno 22 nových administrativních center – obcí s rozšířenou působností (tzv. obcí III. stupně), do kterých spadá celkem 299 obcí, z toho je 39 měst.

Tab. č. 1: Obce s rozšířenou působností

Obce s rozšířenou působností	Rozloha v km ²	Počet obcí
Bílovec	172	12
Bohumín	48	2
Bruntál	596	31
Český Těšín	54	2
Frenštát pod Radhoštěm	119	6
Frýdek-Místek	480	37
Frýdlant nad Ostravicí	297	11
Havířov	88	5
Hlučín	165	15
Jablunkov	176	12
Karviná	106	4
Kopřivnice	121	10
Kravaře	101	9
Krnov	574	25
Nový Jičín	326	15
Odry	174	10
Opava	558	41
Orlová	70	4
Ostrava	332	13
Rýmařov	367	11
Třinec	225	12
Vítkov	298	12
Moravskoslezský kraj	5 445	299

Zdroj: http://www.kr-moravskoslezsky.cz/info_admin.html

Počet obcí v Moravskoslezském kraji je 4. nejnižší po Praze, Karlovarském a Libereckém kraji. Pro Moravskoslezský kraj je typické, že ve větších městech nad 20 tisíc obyvatel žije většina obyvatelstva, to je 62 % obyvatel kraje (12 % nad průměrem ČR – nejvíce po Praze). V kraji jsou 3 města s vyšším počtem obyvatel než 60 tisíc a 16 měst z vyšším počtem než 10 tisíc obyvatel.

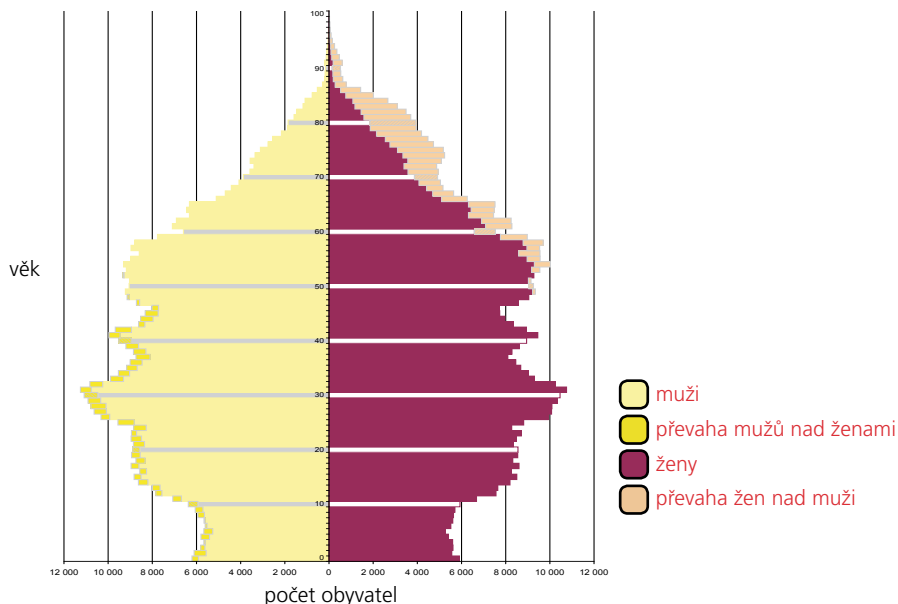
Tab. č. 2: Počet obyvatel u vybraných obcí v Moravskoslezském kraji

Obec	Počet obyvatel (31. 12. 2005)	Pořadí v ČR
Ostrava	310 078	3
Haviřov	84 427	11
Karviná	63 385	15
Frýdek-Místek	59 682	16
Opava	59 426	17

Zdroj: http://www.kr-moravskoslezsky.cz/info_admin.html

Celkem v něm k 31. 12. 2005 žilo 1 250 769 obyvatel. Moravskoslezský kraj je tímto počtem obyvatel nejlidnatějším krajem v ČR, se svými 299 obcemi však patří k regionům s nejmenším počtem sídel. V kraji se uplatňují dva značně odlišné typy osídlení: velké průmyslové aglomerace s vysokou koncentrací obyvatelstva v centrální ostravsko-karvinské části, a převážně zemědělské, horské a podhorské oblasti řidčeji osídlené na západě a jihovýchodě kraje. Tomu také odpovídají rozdílné hodnoty hustoty obyvatel: 800–1 500 obyvatel/km² v okresech Karviná a Ostrava-město, a hodnoty 60–180 obyvatel/km² v okresech Bruntál, Opava, Nový Jičín a Frýdek-Místek. Hodnota hustoty osídlení pro celou ČR je 129,6 obyvatel na km², hodnota hustoty osídlení kraje je 230 obyvatel/km². Moravskoslezský kraj je výrazně multi-etnickým krajem.

Graf č. 1: Věkové složení obyvatelstva Moravskoslezského kraje k 31. 12. 2005



Zdroj: <http://www.czso.cz/xt/edicniplan.nsf>

2. CÍLOVÉ SKUPINY

2.1. Seniori

Popis cílové skupiny

Populace seniorů je velmi heterogenní skupinou obyvatel. Obecně můžeme za seniory považovat osoby ve věku 65 a více let.

Příčiny sociálního vyloučení

Ohroženy sociálním vyloučením jsou za určitých životních okolností zejména tyto skupiny seniorů:

- osaměle (izolovaně) žijící osoby (zejména ovdovělé či osamělé ženy) s jediným zdrojem příjmu ve formě starobního (resp. vdovského) důchodu,
- osoby s nízkými příjmy, které jsou ohrožené chudobou,
- osoby se sníženou soběstačností z důvodů chronické nemoci či vysokého věku,
- osoby se zdravotním postižením,
- osoby v ústavních zařízeních.

Riziko sociálního vyloučení se zvyšuje u seniorů, u nichž se kumulují výše uvedené (příp. některé další) okolnosti.

Statistické údaje

Tab. č. 3: Počet obyvatel ve věku od 65 let v Moravskoslezském kraji v letech 2001–2005 (k 31. 12.)

Věk	2001	2002	2003	2004	2005
65–69 let	48 967	48 378	48 894	50 460	54 244
70–74 let	45 438	45 636	44 813	43 981	42 826
75–79 let	35 471	34 902	34 499	34 566	34 974
80–84 let	16 807	19 526	22 020	23 266	24 038
85–89 let		6 585	5 859	6 192	7 329
90–94 let	10 718 *	2 940	2 975	3 079	2 837
95 a více let		431	447	508	535
Celkem	146 683	158 398	159 507	162 052	166 783
Počet obyvatel v MSK celkem	1 261 503	1 258 251	1 255 910	1 253 257	1 250 769
Index stáří (65+/0–14)	74,3	76,9	80,1	83,6	88,6
Počet obyvatel v ČR celkem	10 206 436	10 203 269	10 211 455	10 220 577	10 251 079
Index stáří (65+/0–14)	87,2	89,2	91,6	94,0	97,0

* počet obyvatel ve věku 85 a více let

Zdroj: <http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf>

Průměrná výše starobního důchodu je v Moravskoslezském kraji 7 825,- Kč, což je výše srovnatelná s celorepublikovým průměrem, jenž činí 7 755,- Kč.

Tab. č. 4: Počet důchodců podle druhu důchodu a pohlaví v Moravskoslezském kraji k prosinci 2005

Region	pohlaví	Starobní			
		celkem	nekrácený	trvale krácený	dočasně krácený
Moravskoslezský kraj	muži	81 563	66 855	13 864	844
	ženy	141 796	116 987	23 855	954
	celkem	223 359	183 842	37 719	1 798
Česká republika	muži	679 071	568 237	104 780	6 054
	ženy	1 263 008	1 088 653	166 112	8 243
	celkem	1 942 079	1 656 890	270 892	14 297

Vysvětlivky:

Sólo – důchod vyplácen samostatně (bez současně vypláceného pozůstalostního důchodu).

Trvale krácený – až 3 roky před věkovou hranicí přiznaný starobní důchod podle § 31 zák. č. 155/1995 Sb.

Dočasně krácený – až 2 roky před věkovou hranicí přiznaný starobní důchod podle § 30 zák. č. 155/1995 Sb.

Nekrácený – starobní důchod přiznaný po dosažení důchodového věku.

Poměrný starobní – starobní důchody přiznané podle § 26 zák. č. 100/88 Sb. a podle § 29 písm. b) zák. č. 155/95 Sb. (krátká doba pojištění).

2.2. Osoby se zdravotním postižením

Tuto cílovou skupinu můžeme dále dělit na podskupiny:

2.2.1. Osoby s duševním onemocněním

2.2.2. Osoby s mentálním postižením

2.2.3. Osoby s tělesným postižením

2.2.4. Osoby se smyslovým postižením

Popis cílové skupiny

§ 3 písm. g) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, specifikuje druhy zdravotního postižení na postižení duševní, mentální, tělesné, smyslové a kombinované.

Příčiny sociálního vyloučení

I přesto, že se lidé se zdravotním postižením dotýkají tytéž podmínky a události jako lidé bez postižení, představují skupinu, která je kvůli svým specifickým potřebám oproti většinové – zdravé populaci znevýhodněna.

Zdravotní postižení tak může z řady důvodů představovat riziko stigmatizace, sociálního vyloučení či diskriminace dané skupiny osob.

Statistické údaje

Osoby se zdravotním postižením, osoby zdravotně znevýhodněné nebo též osoby

Poměrný starobní	Invalidní		Vdovský a vdovecký (sólo)	Sirotčí	CELKEM
	plný	částečný			
65	28 761	16 371	915	3 341	131 016
4 836	24 932	9 096	9 734	4 167	194 561
4 901	53 693	25 467	10 649	7 508	325 577
1 327	193 836	101 710	7 701	23 871	1 007 516
18 464	191 313	83 196	52 931	28 672	1 637 584
19 791	385 149	184 906	60 632	52 543	2 645 100

Zdroj:

Český statistický úřad – Věkové složení obyvatelstva ČR, Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2005

se specifickými potřebami tvoří přibližně 10 % obyvatel Moravskoslezského kraje¹. V rámci Studie rané péče v Moravskoslezském kraji je uváděno, že se v kraji nachází celkem 10 564 dětí se zdravotním postižením od 0–9 let věku.

Tab. č. 5: Počet osob s přiznanými mimořádnými výhodami k 31. 12. 2005

Počet osob s přiznanými mimořádnými výhodami – (držitelé průkazek TP, ZTP, ZTP/P) v kraji	27 862
z toho těžce postižení	4 262
z toho zvláště těžce postižení	15 731
z toho zvláště těžce postižení s nutností průvodce	7 869
Osoby s přiznanými mimořádnými výhodami do 18 let	1 786
Z celkového počtu držitelů průkazek TP, ZTP, ZTP/P v:	
- Bruntále	1 073
- Frýdku–Místku	2 216
- Karviné	4 904
- Novém Jičíně	3 762
- Opavě	4 770
- Ostravě	11 137

Vysvětlivky: TP – těžce postižení, ZTP – zvláště těžce postižení, ZTP/P – zvláště těžce postižení s nutností průvodce

Zdroj: Český statistický úřad – držitelé průkazů zdravotně postižených dle okresů

1 Moravskoslezský krajský plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením

Tab. č. 6: Počet příspěvků podmíněných sociální potřebností pro seniory a těžce zdravotně postižené občany

Opakující se peněžitý příspěvek podmíněný sociální potřebností pro seniory a těžce zdravotně postižené občany v kraji celkem	11 038 (průměrný počet poskytnutých dávek za rok 2005)
Opakující se peněžitá dávky podmíněné zdravotním stavem celkem	446 092 (počet poskytnutých dávek za rok 2005)
Jednorázový příspěvek podmíněný zdravotním stavem celkem	24 308 (počet za rok 2005)

Zdroj: Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2005, Ministerstvo práce a sociálních věcí

2.2.1. Osoby s duševním onemocněním

Popis cílové skupiny

Cílovou skupinu tvoří osoby s duševním onemocněním (diagnostikované dle MKN-10), které nemohou dostatečně uspokojovat své bio-psycho-sociální potřeby z důvodu vzniku a trvání duševní nemoci. Dále jsou to lidé (bez diagnózy duševní nemoci) s psychosociálními obtížemi a osoby v psychosociální krizi, tzn. lidé, kteří se ocitli v takové životní situaci, kdy jejich vlastní možnosti a schopnosti na řešení selhávají nebo jsou nedostatečné.

Podle diagnostikování MKN-10 zahrnujeme do skupiny duševně nemocných osoby s touto diagnózou:

- Organické duševní poruchy, včetně symptomatických (demence, deliria),
- Duševní poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek,
- Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy,
- Poruchy nálady (afektivní poruchy),
- Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy,
- Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (např. poruchy příjmu potravy, neorganické poruchy spánku),
- Poruchy osobnosti a chování u dospělých.

Nezahrnujeme zde osoby s mentálním postižením. Tyto tvoří samostatnou cílovou skupinu z toho důvodu, že jejich problematika je odlišná.

Příčiny sociálního vyloučení

Negativní důsledky duševních onemocnění zasahují prakticky do všech oblastí života člověka, ve vysoké míře ovlivňují také jeho rodinu a okolí. Vlivem duševní nemoci ztrácejí tyto lidé soběstačnost v osobní péči, sociální kontakty, pracovní návyky a praktické dovednosti. Duševní poruchy jsou nejčastější příčinou předčasných odchodů do důchodu a invalidních důchodů. Mohou vést k sebevraždám, jež jsou příčinou velkého množství úmrtí. Dle statistiky ÚZIS ČR za rok 2002 představovaly duševní nemoci příčinu téměř 21 % sebevražd, u kterých byla zjištěna motivace.

V kontaktu s ostatními lidmi se osoby s duševním onemocněním střetávají se strachem a předsudky, které se mnohdy zakládají na nepochopení problematiky duševního onemocnění. Stigmatizace lidí s duševním onemocněním zvyšuje jejich osobní újmu, vyloučení ze společnosti a může být překážkou přístupu k bydlení a zaměstnání. Dochází k nedodržování základních lidských práv a nerespektování jejich důstojnosti. Strach ze stigmatizace může těmto lidem bránit ve vyhledání pomoci.

Cílem péče o osoby s duševními poruchami je co nejvíce podpořit schopnosti člověka a jeho přirozené zázemí tak, aby byl schopen se sám co nejlépe vypořádat se svými obtížemi. Snahou je napomoci osobám s duševní poruchou k dosažení produktivního a subjektivně uspokojivého života v co nejpřirozenějších podmínkách. K tomuto je třeba zajistit fungující systém komunitní péče o duševně nemocné zahrnující služby následné péče, krizové služby, denní centra a stacionáře, podporu v práci a zaměstnání, chráněné či podporované bydlení a další služby, kterých by osoby s duševním onemocněním mohly využívat podle svých individuálních potřeb.

Statistické údaje

Některé statistiky uvádějí, že přibližně 3–5 % populace trpí duševní nemocí, skutečnost je však mnohem vyšší. Zdravotnické statistiky soustřeďují pozornost na osoby se zjištěnou, diagnostikovanou poruchou, které jsou v péči zdravotnických, psychiatrických, sociálních a dalších odborníků. Je zřejmé, že pomoc vyhledávají osoby s klasickými psychiatrickými onemocněními (jako jsou např. endogenní psychózy, neurózy) a u některých onemocnění (např. psychosomatická onemocnění) je odborná pomoc využívána zřídka. Duševní poruchy v nejširším slova smyslu a nejrůznější závažnosti se vyskytují v průběhu života asi u jednoho ze čtyř dospělých obyvatel ČR. Nejrozšířenějšími duševními poruchami jsou úzkostné stavy a deprese. Očekává se, že do roku 2020 se deprese stane nejvýznamnější příčinou nemocí v rozvinutém světě.

Podle informací ÚZIS ČR zajišťovalo ambulantní péči v psychiatrickém oboru včetně sexuologie na území kraje 64 oddělení a pracovišť s 60,6 lékaři a 41,9 zdravotnickými pracovníky nelékaři s odbornou způsobilostí bez odborného dohledu (v přepočteném počtu), včetně smluvních pracovníků. V průběhu roku 2005 bylo v psychiatrických ambulancích ošetřeno celkem 282 053 pacientů. Z celkového počtu ošetření představovaly ženy 58 %. Děti ve věku 0–14 let zaujímaly 3 % z celku. Počet všech ošetření na 10 000 obyvatel v kraji činil 2 253 ošetření (ČR 2 628).

Lůžkovou péči psychiatrického oboru zajišťovala v kraji 4 nemocniční oddělení a Psychiatrická léčebna v Opavě s detašovaným pracovištěm v Holčovicích. Průměrná ošetřovací doba na nemocničních odděleních v kraji 15,0 dne byla nižší než v České republice 20,7 dne. Průměrná ošetřovací doba v psychiatrické léčebně dosáhla 52,5 dne a byla nižší než v ČR 73,8 dne.

Podle informací ÚZIS ČR k 31. 12. 2005 činila kapacita psychologických stacionářů v kraji 49 míst (v ČR celkem 291 míst). Na 10 000 obyvatel připadlo v kraji pouze 1,58 léčených pacientů v psychologických stacionářích (ČR 7,38).²

Zlepšením povědomí veřejnosti o duševních nemocech i možnostech léčby a podporou zařazení lidí s duševním onemocněním do pracovního života lze dosáhnout lepšího přijetí a vnímání těchto lidí ve společnosti.

Tab. č. 7: Léčení pacienti pro vybraná onemocnění v Moravskoslezském kraji v roce 2006

Vybraná onemocnění (diagnóza MKN-10)	celkem	z toho ženy	Věková skupina		
			0–14 let	15–19 let	20 a více let
Organické duševní poruchy (F00-F09)	7 698	4 612	4	26	7 668
Poruchy vyvolané alkoholem (F10)	4 538	1 601	1	463	4 074
Poruchy vyvolané ostatními psychoaktivními látkami (F11-F19)	1 184	521	6	226	952
Schizofrenie (F20-F29)	4 744	2 438	7	92	4 645
Afektivní poruchy (F30-F39)	6 650	4 559	79	170	6 401
Neurotické poruchy (F40-F48, F50-F59)	18 196	12 112	393	1 018	16 785
Poruchy osobnosti (F60-F63, F68-F69)	2 391	1 040	8	191	2 192
Sexuální poruchy, deviace (F64-F66)	163	20	4	7	152
Mentální retardace (F70-F79)	2 368	942	255	233	1 880
Vývojové poruchy v dětství a adolescenci (F80-F98)	2 496	851	1 890	606	-
Neurčená duševní porucha (F99)	42	18	1	9	32

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2006, Blažena Kozlíková, vedoucí krajského odboru

2.2.2. Osoby s mentálním postižením

Popis cílové skupiny

Jedná se o osoby zpravidla s poruchou intelektových funkcí včetně narušení vývoje celé osobnosti a snížením schopnosti zařazení se do společnosti od počátku duševního vývoje člověka. S tímto souvisí stupeň soběstačnosti a potřeba péče. U lidí s mentálním postižením se vyskytují poruchy řeči, od mírných poruch vývoje řeči až po úplnou ztrátu schopností řečové komunikace. Časté bývá také sebepoškození. Jeho výskyt se pohybuje v rozmezí 5–7 %, u osob se závažným mentálním postižením v pobytových zařízeních je udávána frekvence až 50 %.

Závažnost mentálního postižení můžeme rozdělit do jednotlivých kategorií, a to podle úrovně rozumových schopností v psychologii označovaných jako inteligence (IQ) na:

² Psychiatrie vč. AT- návykových nemocí a sexuologie – činnost oboru v Moravskoslezském kraji v roce 2005. Informace ze zdravotnictví Moravskoslezského kraje Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky Ostrava, 23. 8. 2006

- lehké mentální postižení (IQ 50–69): za předpokladu individuálního přístupu jsou lidé s lehkým mentálním postižením schopni dosáhnout základního školního vzdělání, většina dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči a v praktických a domácích dovednostech, rovněž mohou vykonávat jednoduchou, málo kvalifikovanou práci. V sociálně náročnějších situacích potřebují podporu a vedení,
- středně těžké mentální postižení (IQ 35–49): lidé se středně těžkým mentálním postižením se o sebe dokáží s pomocí a dohledem postarat, osvojit si základy čtení a psaní, dle individuálních schopností mohou být zaměstnáni v chráněných dílnách. Tito lidé potřebují psychickou a emoční podporu, obvykle trpí epilepsií nebo neurologickými a tělesnými postiženími,
- těžké mentální postižení (IQ 20–34): lidé s těžkým mentálním postižením se mohou naučit částečně mluvit a mohou si osvojit dodržování základních hygienických návyků, schopnost učení je minimální. Často mají poruchu motoriky, smyslových orgánů, neurologické problémy a jiné přidružené poruchy,
- hluboké mentální postižení (IQ nižší než 20): lidé s tímto postižením nejsou většinou schopni porozumět požadavkům, nejsou schopni pečovat o své základní životní potřeby, vyžadují stálou pomoc a dohled. Tito lidé mají často epilepsii, poškození zraku a sluchu a jiná tělesná postižení postihující hybnost.

Dopad mentálního postižení na lidi se různí, stejně tak jako se liší rozpětí schopností lidí, kteří mentální postižení nemají. Mimořádný význam má pro tyto osoby podpora v rozvoji dovedností. Pokud je dostupná raná péče, vyhovující vzdělání, příprava na zaměstnání a další podpůrné služby v dospělosti, může mnoho lidí s mentálním postižením vést nezávislý život v běžné společnosti.

U cílové skupiny osob s mentálním postižením je snaha dosáhnout integrace do majoritní společnosti v co nejvyšší možné míře. Jedná se o oblasti přípravy na pracovní uplatnění, samostatného způsobu života, celoživotního vzdělávání a smysluplného trávení volného času. Sociální služby a programy pro ně musí být přizpůsobeny jejich mentální úrovni a individuálním schopnostem zejména s ohledem na požadavek, aby se život lidí s postižením co nejvíce přiblížil běžnému životu vrstevníků.

Příčiny sociálního vyloučení

K sociálnímu vyloučení skupiny lidí s mentálním postižením přispívá:

- nízký počet sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením,
- nedostupnost těchto služeb pro cílové uživatele, ať již se jedná o bariérovost objektů, místní či jinou nedostupnost,
- nízká míra schopností lidí s mentálním postižením zapojit se do pracovního procesu,
- velice omezené možnosti pracovního uplatnění pro lidi, kteří jsou schopni pracovat za zajištění specifických podmínek,
- nízká míra informovanosti veřejnosti o problematice lidí s mentálním postižením.

Statistické údaje

Osoby s mentálním postižením tvoří 3–4 % populace, u mužů se mentální postižení vyskytuje dvakrát častěji než u žen.

2.2.3. Osoby s tělesným postižením

Popis cílové skupiny

Tělesným postižením se má na mysli postižení pohybového aparátu, a to horních nebo dolních končetin, někdy může postižení zasahovat i jiné části těla. Tělesné postižení může mít různé formy a příčiny, může být vrozené (např. dětská mozková obrna) nebo získané následkem životní události nebo životního stylu. Některé typy tělesného postižení vznikají v závislosti na věku člověka (artrózy kloubů apod.).

Podskupiny lidí s tělesným postižením:

- osoby s paraparézou/paraplegií – částečné ochrnutí dolních končetin/úplné ochrnutí dolních končetin,
- osoby s hemiparézou/hemiplegií – částečné ochrnutí jedné poloviny těla/úplné ochrnutí jedné poloviny těla,
- osoby s kvadruparézou/kvadruplegií – částečné ochrnutí všech končetin/úplné ochrnutí všech končetin,
- osoby po amputaci končetin/y,
- osoby pohybující se s pomocí kompenzační pomůcky,
- jiné vedoucí k částečné nebo úplné imobilitě (např. Parkinsonova choroba).

V rámci některých onemocnění pohybového aparátu se může tělesné postižení kombinovat i s jinými obtížemi (například v rámci cévní mozkové příhody může být kromě hybnosti postižena také řeč a paměť). Z tohoto důvodu jsou některé typy onemocnění zařazeny také v rámci cílové skupiny „osoby s kombinovaným postižením“.

Příčiny sociálního vyloučení

Některé oblasti, které mohou být příčinou sociálního vyloučení dané cílové skupiny, vycházejí z postoje společnosti. Některé však mohou souviset také s postojem a vnímáním situace samotným člověkem s tělesným postižením.

Jde zejména o tyto oblasti:

- bariéry – nepřístupnost institucí (škol, pracoviště, úřadu, obchodu nebo dopravy) znamená diskriminaci této skupiny osob, kdy jim není umožněno participovat na životě společnosti stejně jako lidem bez postižení,
- závislost – na kompenzační pomůcce, asistenci,
- nevhodné bydlení – nezajištění vhodných úprav bytu či zařízení umožňující pohyb mimo byt; nedostatek bezbariérových bytů,
- snížená schopnost adaptace (přizpůsobení),

- zdravotní obtíže – nemožnost dlouho sedět, bolest, problémy s vylučováním,
- neexistence adekvátního druhu sociální služby.

Statistické údaje

Krajská organizace Svazu tělesně postižených ČR uvádí, že počet jejich členů v Moravskoslezském kraji je 5 734.

2.2.4. Osoby se smyslovým postižením

V rámci smyslového postižení lze rozlišovat postižení zraku a sluchu, zároveň se zde řadí duální postižení sluchu a zraku – tzv. hluchoslepota, již lze řadit mezi postižení kombinovaná. Rozlišujeme tedy tyto podskupiny této cílové skupiny:

- 2.2.4.1. Osoby se zrakovým postižením
- 2.2.4.2. Osoby se sluchovým postižením
- 2.2.4.3. Osoby s kombinovaným postižením

2.2.4.1. Osoby se zrakovým postižením

Popis cílové skupiny

Osoby se zrakovým postižením jsou lidé s různými druhy a stupni snížení zrakových schopností.

Druhy zrakového postižení dle WHO (MKN-10):

- střední slabozrakost,
- silná slabozrakost,
- těžce slabý zrak,
- praktická nevidomost,
- úplná nevidomost.

Příčiny sociálního vyloučení

Stejně jako u jiného typu zdravotního postižení je nutné se u lidí s postižením zraku zabývat tím, do jaké míry problémy se zrakem ovlivní jejich běžný život, které úkony zvládne a v čem potřebuje pomoci.

Možné oblasti sociálního vyloučení:

- předsudky, nedostatečná informovanost společnosti o možnostech a omezeních cílové skupiny,
- nepřístupnost informací směrem k cílové skupině – nevědí o možnostech kompenzačních pomůcek, o existenci organizací věnujících se jejich problematice + informační bariéry institucí (bariérové prostředí, internet),
- závislost – na průvodci, na přidělení kompenzační pomůcky (např. počítač, vodící pes),
- neexistence organizace věnující se dané problematice – nemožnost náviku prostorové orientace apod.,
- zvýšené nároky na prostředí – potřeba adekvátně upraveného prostředí.

Statistické údaje

Na základě kvalifikovaných odhadů se předpokládá, že osoby se zrakovým postižením tvoří asi 1,5 % celkové populace Moravskoslezského kraje.

2.2.4.2. Osoby se sluchovým postižením

Popis cílové skupiny

Mezi lidmi, jejichž sluch je z různých příčin postižen, mohou být lidé, kteří neslyší vůbec až po jedince, kteří dokáží přijímat zvuk pomocí speciální pomůcky. Na základě této skutečnosti lze lidi se sluchovým postižením dělit na:

- neslyšící – jde o osoby, které neslyší vůbec (asi jen 5 ze 100 osob se sluchovým postižením), o osoby, které pomocí sluchadel dokáží vnímat zvuky, ale nerozumí jim a o osoby, které pomocí sluchadel slyší a rozumí a mohou se plně integrovat do společnosti,
- nedoslýchaví – jde o osoby se sluchovým postižením, které pomocí sluchadel rozlišují zvuky a alespoň částečně rozumí mluvené řeči. Většina nedoslýchavých osob se s většími či menšími problémy dokáže integrovat do „slyšící“ společnosti
- ohluchlí – většinou se jedná o starší osoby, které ohluchly následkem stáří. Tyto osoby neumí odezírat znakovou řeč, nejsou navyklé na využívání sluchadel. Této skupině výrazně hrozí sociální izolace.

Příčiny sociálního vyloučení

Jde zejména o tyto oblasti:

- předsudky, nedostatečná informovanost veřejnosti,
- neexistence/nedostatek organizací věnujících se dané problematice a poskytujících potřebnou podporu,
- nevyrovnaný přístup ke vzdělání, k zaměstnání,
- snížená schopnost adaptace,
- snížená schopnost komunikace.

Statistické údaje

Na základě kvalifikovaných odhadů lze předpokládat, že se v ČR rodí každoročně 70 dětí se sluchovým postižením, což je cca 5 dětí na Moravskoslezský kraj.³

Tab. č. 8: Léčení pacienti pro vybranou poruchu (vadu) v Moravskoslezském kraji v roce 2006

Druh poruchy nebo vady	0–19 let	20 let a více
Poruchy sluchu	123	14
Poruchy vývoje řeči	4 442	7
Poruchy mluvních funkcí	8 786	154
Poruchy poznávacích funkcí	337	-
Poruchy mluvních komunikace	1 282	60

3 Studie pojetí rané péče v Moravskoslezském kraji

Druh poruchy nebo vady	0–19 let	20 let a více
Poruchy řeči provázející onemocnění	1 682	728
Poruchy hlasu	79	13

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2006, Blažena Kozlíková, vedoucí krajského odboru

2.2.4.3. Osoby s kombinovaným postižením

Popis cílové skupiny

Kombinace různých typů postižení samostatně popsaných v jednotlivých výše popsaných cílových skupinách.

Příčiny sociálního vyloučení

- snížená schopnost adaptace,
- zdravotní obtíže – ataka nemoci, bolest,
- neexistence pomáhající organizace,
- stigmatizace, předsudky „zdravé“ veřejnosti.

2.3. Děti a mládež (rizikové a ohrožené skupiny dětí a mládeže)

Tuto cílovou skupinu dále dělíme na skupiny:

2.3.1. Děti a mládež ohrožené sociálně patologickými jevy a páchající trestnou činností

2.3.2. Rodiny s dětmi v nepříznivé sociální situaci ohrožené odebráním dětí do ústavní výchovy

2.3.3. Mladí lidé opouštějící ústavní zařízení

2.3.1. Děti a mládež ohrožené sociálně patologickými jevy a páchající trestnou činností

Popis cílové skupiny

Jedná se o děti, jež jsou ohroženy nepříznivými vlivy prostředí, ve kterém se pohybují. Samy nedokáží těmto vlivům předcházet a vzdorovat jim, přejímají špatné vzorce chování a špatné návyky, zapojují se do různých druhů trestné činnosti. Tyto děti pocházejí z různorodého rodinného prostředí – problémy mohou vzniknout jak v rodinách s nízkou sociokulturní úrovní, kde jsou děti ovlivněny nevhodným životním stylem svých rodičů, tak i ve zdánlivě funkčních rodinách. Hlavními faktory, které jsou příčinami vzniku těchto jevů, jsou bezpochyby způsob trávení volného času dětí a péče a zájem rodičů o děti.

Příčiny sociálního vyloučení

Nejčastěji vznikají problémy v dysfunkčních rodinách, kde rodiče nejsou schopni dětem nabídnout podnětné rodinné prostředí, ohrožují své děti způsobem života a ty pak po-

stupně přejímají jejich škodlivé návyky – např. alkoholismus, užívání drog, gamblerství, agresivita, trestná činnost.

Problémy však mohou vzniknout i v rodinách, kde rodiče nemají čas se dětem věnovat z důvodu své zaměstnanosti – jejich děti po návratu ze školy zůstávají samy doma bez dozoru a jakékoli kontroly. Děti se pak sdružují v partách a hledají si vlastní zábavu – toulají se, experimentují s návykovými látkami, páchají různé přestupky a trestnou činností, nebo se samy stávají oběťmi trestné činnosti.

Nejčastěji se uvedené problémy vyskytují ve velkých městech, v oblastech s vysokou mírou nezaměstnanosti a v sociálně vyloučených lokalitách.

Statistické údaje

V Moravskoslezském kraji (dle statistik MPSV) existuje ve srovnání s ČR nejvyšší počet případů dětí, které jsou v péči sociálních kurátorů na obecních úřadech obcí s rozšířenou působností. V roce 2005 to podle údajů MPSV bylo 2 653 případů, z toho v 1 254 případech se jednalo o děti do 15 let.

Počet klientů evidovaných kurátory pro mládež v Moravskoslezském kraji za rok 2005 je 6 256 (z toho 2 905 dětí do 15 let) – jedná se o nejvyšší počet případů v celé ČR.

2.3.2. Rodiny s dětmi v nepříznivé sociální situaci ohrožené odebráním dětí do ústavní výchovy

Popis cílové skupiny

Jedná se o rodiny s dětmi, kde se rodiče neumí nebo nechtějí o děti starat; dále o rodiny, kde se ve velké míře projevují sociálně patologické jevy (závislost na alkoholu nebo nealkoholových drogách, týrání a zneužívání, trestná činnost); sociálně znevýhodněné rodiny, kde rodiče nepracují, nebo mají nízký příjem; rodiny s velkým počtem dětí nebo neúplné rodiny; rodiny společensky uzavřené vůči majoritní společnosti.

Výše uvedeným rodinám je většinou již poskytována sociálně-právní ochrana ze strany orgánů sociálně-právní ochrany dětí, mnohdy však není možné věnovat maximální pozornost všem potřebným rodinám, a to z důvodu nedostatku sociálních pracovníků. V kompetenci orgánů sociálně-právní ochrany je navrhnout soudu nařízení výchovných opatření (napomenutí rodičů a dohled nad rodinou). Pokud předchozí opatření nevedou ke zlepšení poměrů v rodině a dochází k ohrožení či narušení výchovy a příznivého vývoje dětí a mládeže v rodině, je v zájmu dětí zajistit jim vhodnější výchovné prostředí. Jestliže není možné zabezpečit vhodné rodinné prostředí formou náhradní rodinné péče, je ohroženým dětem a mládeži nařízena ústavní, případně ochranná výchova (druh ochranného opatření, které má zajistit prevenci, izolaci a resocializaci dítěte, jež se dopustilo nebezpečného činu).

Příčiny sociálního vyloučení

Ústavní výchovou jsou ohroženy také děti, které se ocitly bez jakékoli péče a jejichž život nebo příznivý vývoj jsou vážně ohroženy (náhlé úmrtí nebo hospitalizace rodiče, děti ponechané rodiči záměrně či z nedbalosti bez jakékoli péče).

Statistické údaje

V Moravskoslezském kraji bylo k 31. 12. 2005 evidováno 1 338 dětí s nařízenou ústavní výchovou a 35 dětí s uloženou ochrannou výchovou.

Z údajů MPSV za rok 2005 je zřejmé, že Moravskoslezský kraj zaujímá druhé místo v počtu dětí s nařízenou ústavní výchovou a má nejvyšší počet případů nařízené ochranné výchovy z celé ČR.

2.3.3. Mladí lidé opouštějící ústavní zařízení

Popis cílové skupiny

Jedná se o skupinu mládeže od 18 do 26 let, která opouští školská zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy. Dlouhodobý pobyt dětí v ústavních zařízeních vede k typickým osobnostním deformacím, a to sociálních vztahů, postojů, systémů hodnot a sebehodnocení.

Příčiny sociálního vyloučení

Dlouhodobým pobytem v ústavním zařízení jsou děti většinou izolovány od své původní rodiny, která jim po návratu ze zařízení není schopna poskytnout adekvátní sociální zájem a pomoc při adaptaci na novou životní situaci, nebo dokonce rodina neprojevuje zájem o jejich návrat. Tito mladí lidé potřebují pomoc při hledání bydlení, zaměstnání a většinou odcházejí z ústavní péče nepřipraveni pro samostatný život ve společnosti (jednání s úřady, zacházení s finančními prostředky, chybějící znalosti a dovednosti v oblasti sociální sítě apod.). Vzhledem k osobní historii těchto mladých lidí, jejich psychickému stavu, životnímu stylu či sociálním návykům může dojít k jejich sociální izolaci, sebedestruktivnímu jednání, rizikovým aktivitám, asociálním nebo kriminálním činům.

V současné době neexistuje mezičlánek, či vytvořená stabilní síť zařízení, která těmto mladým lidem pomůže zvládnout celý proces adaptace na samostatný život po opuštění dětského domova. Pomoc těmto lidem zajišťují zejména nestátní neziskové organizace (domy na půli cesty).

Statistické údaje

Ze statistiky MPSV vyplývá, že v roce 2005 byla v rámci našeho kraje ukončena ústavní výchova z důvodu zletilosti u 157 mladých lidí – což je v porovnání s ostatními kraji nejvyšší počet.

2.4. Osoby v akutní krizi – oběti domácího násilí

Popis cílové skupiny

Domácí násilí je násilím mezi osobami žijícími ve společné domácnosti, ke kterému dochází v soukromí, tedy mimo kontrolu veřejnosti. Nejčastěji má podobu psychického a fyzického násilí, bití, vyhrožování, ponižování a omezování osobní svobody.

K 1. 1. 2007 vstoupil v účinnost zákon č. 135/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v oblasti ochrany před domácím násilím, ve znění pozdějších předpisů, jenž přináší systémové řešení oblasti domácího násilí. Nově jsou přijímána zejména tato opatření:

- možnost Policie ČR oprávněně rozhodnout o vykazání ze společného obydlí a zákazu vstupu do něj na dobu 10 dnů, a to včetně možnosti Policie ČR vydat takovéto rozhodnutí bez projednání věci a z úřední povinnosti,
- možnost předběžným opatřením uložit, aby účastník řízení opustil společné obydlí nebo i jeho bezprostřední okolí a po stanovenou dobu se do těchto míst nevracel, či aby se zdržel setkávání s osobou, kterou soud označí a nenavazoval kontakty s ní, to vše na dobu 1 měsíce, případně na dobu až o další 1 měsíc prodlouženou.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, definuje intervenční centrum jako jedno ze zařízení sociálních služeb a v § 60a specifikuje jeho činnost. Na základě rozhodnutí o vykazání ze společného obydlí nebo zákazu vstupu do něj je osobě ohrožené násilným chováním vykázané osoby nabídnuta pomoc nejpozději do 48 hodin od doručení opisu rozhodnutí intervenčnímu centru. Sociální služby v intervenčním centru jsou poskytovány jako služby ambulantní, terénní nebo pobytové. Součástí služby je zajištění spolupráce a vzájemné informovanosti mezi intervenčními centry, poskytovateli jiných sociálních služeb, orgány sociálně-právní ochrany dětí, obcemi, útvary Policie České republiky a obecní policie, jakož i ostatními orgány veřejné správy.

Příčiny sociálního vyloučení

Osoby ohrožené či postižené domácím násilím ve vysokém počtu případů svou situaci tají, často dochází k jejich sociálnímu vyloučení v důsledku obav před reakcemi okolí, nedostatku odvahy k řešení situace, strachu či fyzickému omezování ze strany agresora. Vedle ohrožení důstojnosti, zdraví či života jsou tyto osoby dále vystaveny riziku ztráty ekonomických jistot či bydlení.

Statistické údaje

V roce 2006 bylo v poradnách občanského sdružení Bílý kruh bezpečí v rámci celé ČR řešeno 1.009 případů pomoci osobám ohroženým trestnou činností, přičemž ve 497 případech šlo o problematiku domácího násilí.

Tab. č. 9: Případy řešené v poradnách Bílého kruhu bezpečí (BKB) v ČR v roce 2006

Počet kontaktů	1 009
- z toho ženy	817
- z toho muži	155
- z toho páry	37
- z toho oběť trestné činnosti	650
- z toho příbuzný oběti	121
- z toho známý oběti	14
- z toho případů domácího násilí	497

Zdroj: Statistika BKB za rok 2006, www.bkb.cz/redaction.php?action=showRedaction&id_categoryNo-de=268

Tab. č. 10: Případy domácího násilí řešené v DONA Centru Bílého kruhu bezpečí v kraji v roce 2006

Počet kontaktů	281
- z toho osobních kontaktů	118
- z toho telefonických a e-mailových kontaktů	163

Zdroj: Statistika DONA Centra BKB za rok 2006

Uvedené údaje mají pouze ilustrativní charakter. Řešením problematiky domácího násilí a pomocí osobám ohroženým či postiženým tímto jevem se zabývá řada dalších organizací a institucí. Zároveň je třeba zdůraznit, že vysoký počet případů domácího násilí zůstává neřešen a neobjevuje se tak v oficiálních statistikách.

V rámci Moravskoslezského kraje fungují od 1. 1. 2007 dvě intervenční centra, přičemž zabezpečují služby na území jednotlivých okresů kraje. V rámci zajištění spolupráce a vzájemné informovanosti jsou zpracovávány pravidelné měsíční přehledy o počtu řešených případů.

Tab. č. 11: Případy domácího násilí řešené v intervenčních centrech v Moravskoslezském kraji k 31. 3. 2007

Rozhodnutí o vykázáni	36
Rozhodnutí o zákazu vstupu	27
Oznámení o domácím násilí	4
Kontakty osob ohrožených domácím násilím mimo režim zákona č. 135/2006 Sb.	112

Zdroj: Statistiky intervenčních center v Moravskoslezském kraji za I. čtvrtletí 2007

2.5. Osoby bez přístřeší

Popis cílové skupiny

Osoby bez přístřeší jsou často označovány termínem bezdomovci. Jde o osoby, které nemají domov, či si jej nenajímají nebo nežijí v obydlí u osoby důvěrně blízké, či tento domov nemohou, nebo z vážných důvodů nechtějí užívat a nebo takový domov užívají protiprávně. Termín bezdomovectví pak označuje způsob života těchto osob. Nejvíce je patrné ve velkých městech a je spolu s dalšími negativními faktory doprovázeno sociálním vyloučením a psychickým i fyzickým strádáním.

Příčiny sociálního vyloučení

Mezi objektivní či strukturální příčiny ztráty bydlení lze zařadit nezaměstnanost nebo nezaměstnatelnost, nekonkurenceschopnost na trhu práce či absenci finančně dostupného bydlení. Subjektivními příčinami mohou být např. domácí násilí, psychické onemocnění (často závislost na alkoholu a/nebo na nealkoholových drogách, psychotická onemocnění nebo hraniční poruchy osobnosti) nebo poruchy chování. Často jsou tyto dvě skupiny příčin vzájemně propojené a v důsledku ztráty bydlení se k nim přidávají další příčiny, které lidem bez přístřeší brání vrátit se k běžnému způsobu života.

Podle zákona jsou osoby bez přístřeší osobami ohroženými sociálním vyloučením. Státem zajišťovanou pomoc vymezuje zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Statistické údaje

Tab. č. 12: Počet azylových domů v Moravskoslezském kraji k 10. 5. 2006

Počet azylových domů	10
Kapacita lůžek	387
Využitá kapacita (lůžka)	306
Nevyužitá kapacita (lůžka)	81

Zdroj: Analýza vytíženosti azylových domů, Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV), 2006

2.6. Osoby v postpenitenciární péči

Popis cílové skupiny

Účelem postpenitenciární péče je napomoci osobám propuštěným z výkonu trestu zapojit se do běžného občanského života a zároveň zajistit přiměřený dozor s cílem předcházet opakování trestné činnosti. Tato péče je součástí procesu resocializace odsouzených osob.

Příčiny sociálního vyloučení

Osoby v postpenitenciární péči jsou ohroženy sociálním vyloučením v důsledku nedostatečně zajištěných podmínek pro úspěšnou resocializaci, jedná se zejména o finanční zabezpečení, pracovní možnosti i bydlení. Vedle těchto objektivních příčin bývají tito lidé exkludováni také z důvodu předsudků většinové společnosti.

Statistické údaje

Tab. č. 13: Kriminalita v ČR a Moravskoslezském kraji v roce 2005 celkem

Počet zjištěných trestných činů celkem ČR	343 687
Počet zjištěných trestných činů celkem Moravskoslezský kraj	35 139

Zdroj: Statistická ročenka Moravskoslezského kraje 2006

Tab. č. 14: Kriminalita v Moravskoslezském kraji v roce 2006

Počet zjištěných trestných činů celkem	36 993
- z toho objasněno	17 786
- z toho spácháno recidivisty	10 476
- z toho spácháno nezletilými pachateli	759
- z toho spácháno mladistvými pachateli	1 456
- z toho spácháno dětmi	2 129
- z toho zjištěných násilných trestných činů celkem	3 154
- z toho zjištěných mravnostních trestných činů celkem	179
- z toho zjištěných majetkových trestných činů celkem	22 158
- z toho hospodářských trestných činů celkem	5 068
- z toho ostatních trestných činů celkem	6 434

Zdroj: Statistický výkaz Policejního prezidia ČR za období 1. 1. –31. 12. 2006

Tab. č. 15: Osoby propuštěné z výkonu trestu odnětí svobody v Moravskoslezském kraji v roce 2006

Počet evidovaných osob celkem	2 865
- z toho jednorázově poskytnutá pomoc (obce III)	1 226
- z toho opakovaně poskytnutá pomoc (obce III)	857
- z toho počet klientů, s nimiž se pracovalo již v průběhu VTOS	469

Zdroj: Statistické výkazy V 26-01 o sociální práci s příslušníky marginálních skupin za rok 2006 (obce III)

2.7. Osoby ohrožené sociálním vyloučením

Tuto cílovou skupinu dále dělíme podle důvodu sociálního vyloučení či potenciálních rizik na osoby ohrožené sociálním vyloučením z důvodu nezaměstnanosti, z důvodu nízkopříjmovosti, osoby žijící v sociálně vyloučených lokalitách.

2.7.1. Ohrožení sociálním vyloučením z důvodu nezaměstnanosti

Popis cílové skupiny

Za nezaměstnané se podle metodiky Mezinárodní organizace práce (International Labour Organization – ILO) považují všechny osoby patnáctileté a starší, které ve sledovaném období souběžně splňovaly dále uvedené tři podmínky:

- nebyly zaměstnané,
- hledaly aktivně práci,
- byly připraveny k nástupu do práce, tj. během referenčního období byly k dispozici okamžitě nebo nejpozději do 14 dnů pro výkon placeného zaměstnání nebo zaměstnání ve vlastním podniku.

Příčiny sociálního vyloučení

Znevýhodněnými (či ohroženými) skupinami na trhu práce jsou zejména:

- ženy s malými dětmi,
- osoby s nízkou kvalifikací,
- příslušníci romské menšiny,
- osoby se zdravotním postižením,
- osoby nad 50 let,
- osoby do 25 let,
- osoby dlouhodobě nezaměstnané,
- osoby, které trpí kumulací několika znevýhodňujících faktorů (např. mladiství s nízkou úrovní kvalifikace),
- osoby vracející se z výkonu trestu odnětí svobody,
- osoby závislé na návykových látkách.

Zcela odtrženy od trhu práce jsou pak osoby bez přístřeší.

Společným faktorem je u většiny znevýhodněných skupin úroveň dosaženého vzdělání a dosažené kvalifikace. Dále také nesoulad struktur stávající a požadované kvalifikace (jak uchazečů, tak absolventů škol) a nedostatečná motivace občanů k rekvalifikaci a k profesní mobilitě.

Vedle strukturální nezaměstnanosti je hlavním problémem dlouhodobá nezaměstnanost (více než 6, respektive 12 měsíců), která úzce souvisí s dosaženým vzděláním.

Uplatnění nezaměstnaných se s narůstající délkou evidence stává téměř nemožné. Dlouhodobě nezaměstnaní, zejména ti s nízkou úrovní kvalifikace, tvoří skupinu osob nejvíce ohrožených chudobou a sociálním vyloučením.

Dlouhodobou nezaměstnaností jsou ohroženi především nekvalifikovaní, mladiství (bez kvalifikace), osoby se zdravotním postižením, ženy s malými dětmi a osoby po návratu z výkonu trestu. Z hlediska národnosti jsou často dlouhodobě nezaměstnaní příslušníci romské komunity. Dlouhodobě je bez práce více žen než mužů. Riziko narůstá také u vyšších věkových kategorií a občanů se změněnou pracovní schopností.

Nezaměstnanost v Moravskoslezském kraji má především strukturální charakter, neboť souvisí s restrukturalizací průmyslu a útlumem těžby nerostných surovin.

Statistické údaje

Tab. č. 16: Míra nezaměstnanosti v Moravskoslezském kraji (MSK) podle okresů v letech 2001–2006

Okres v MSK	2001		2002		2003		2004		2005		2006	
	v %	osob	v %	osob	v %	osob	v %	osob	v %	osob	v %	osob
Bruntál	16,5	8 622	16,7	9 193	18,2	9 940	17,5	10 041	15,9	8 615	13,4	7 396
Frydek-Místek	13,8	14 629	14,4	16 023	15,0	16 672	14,3	16 856	12,0	14 757	10,4	12 771
Karviná	18,0	25 225	19,6	26 507	20,4	27 058	19,6	27 807	18,6	26 549	16,9	24 557
Nový Jičín	12,8	10 013	13,4	10 825	15,0	11 769	12,6	10 826	10,9	9 760	8,8	7 891
Opava	11,3	10 149	11,7	10 859	12,1	11 395	11,3	11 064	11,5	10 946	10,4	10 057
Ostrava-město	16,2	25 588	17,2	27 807	18,4	29 470	16,6	28 892	14,8	25 901	13,3	22 750
MSK	15,1	94 226	15,9	101 214	16,8	106 304	15,7	105 486	14,2	96 528	12,6	85 422
Celkem ČR	8,9		9,8		10,3		9,5		8,9		7,7	

Zdroj: <http://portal.mpsv.cz/sz/download>, Statistický bulletin MSK, 2003, 2004, 2005, 2006, <http://www.ostrava.czso.cz>

Tab. č. 17: Počty uchazečů o zaměstnání podle délky nezaměstnanosti k 31. 12. 2004 a 2005 v MSK

Region	2004					Celkem
	do 3 měsíců	3–6 měsíců	6–9 měsíců	9–12 měsíců	nad 12 měsíců	
MSK	20 892	15 424	9 090	7 532	52 548	105 486
ČR	140 632	93 124	49 405	38 784	219 730	541 675

Region	2005					Celkem
	do 3 měsíců	3–6 měsíců	6–9 měsíců	9–12 měsíců	nad 12 měsíců	
MSK	18 380	13 997	8 099	6 095	49 957	96 528
ČR	130 938	86 618	46 380	33 676	212 804	510 416

Zdroj: Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2005

V kraji bylo ke konci roku 2004 zaměstnáno přes 407 tisíc osob. Počet evidovaných uchazečů o zaměstnání u Úřadů práce v Moravskoslezském kraji k 31. 12. 2005 činil 96 528 osob, a to z celkového počtu 510 416 uchazečů v rámci celé České republiky, což znamená, že téměř pětina všech nezaměstnaných v ČR je z Moravskoslezského kraje.

Zaměstnavatelé Moravskoslezského kraje všech velikostních kategorií zaměstnávali k 30. 6. 2005 celkem 407 719 osob.

Kategorii tzv. dlouhodobě nezaměstnaných (nad 12 měsíců) tvořilo koncem roku 2004 celkem 52 548 osob a koncem roku 2005 celkem 49 957 osob. Znamená to, že téměř polovina všech nezaměstnaných v Moravskoslezském kraji je bez práce déle než jeden rok.

2.7.2. Ohrožení sociálním vyloučením z důvodu nízkopříjmovosti

Popis cílové skupiny

ČR patří trvale k zemím s nízkou mírou chudoby. Následující data a zjištění vycházejí z analýzy údajů z výsledků šetření Mikrocenzus 2002, které bylo provedeno Českým statistickým úřadem. Při tomto šetření byly zjišťovány příjmy domácností a osob za rok 2002. Hranice ohrožení chudobou (hranice příjmové chudoby) představuje podle metodiky EU 60 % ročního národního vyrovnaného mediánového příjmu na spotřební jednotku. Podle výsledků tohoto šetření se jednalo o částku 73,9 tis. ročně. Příjem pod touto hranicí mělo 8 % osob v ČR.

Oproti ostatním státům má však ČR vyšší koncentraci osob těsně nad prahem chudoby. Mezi 60 a 70 % národního vyrovnaného mediánového příjmu se nalézalo 8 % osob, které představovaly skupinu možných budoucích chudých. Naproti tomu velice nízké bylo procento těch, kteří se nacházeli pod hranicí 40 % mediánu (1 %). Z hlediska pohlaví jsou chudobou více ohroženy ženy (9 %) než muži (7 %). Rozdíl mezi pohlavími se prohlubuje s rostoucím věkem. V kategorii nad 65 let byl podíl žen pod hranicí chudoby 6 % a podíl mužů 1 %.

Pokud jde o jednotlivé typy domácností, více chudých domácností je mezi rodinami s dětmi než mezi domácnostmi bezdětnými. V chudých domácnostech žilo 15 % dětí do 15 let. Tzv. „dětská chudoba“ je nejvýraznější u neúplných rodin s nejméně 1 nezaopatřeným dítětem. V roce 2002 bylo 30 % osob z těchto domácností chudých, v převážné míře osamělých, rozvedených či svobodných žen s dětmi. Pod hranicí chudoby bylo 9 % venkovského obyvatelstva, ve městech činil podíl chudých 8 %.

Sociální transfery významně ovlivnily celkovou míru chudoby v ČR. Bez důchodů a ostatních sociálních transferů by žilo pod hranicí ohrožení chudobou 39 % osob ČR.

Vyplacené důchody snížily tuto míru na 21 % a ostatní sociální transfery na konečných 8 %. Všechny tyto míry jsou pod průměrem EU, jenž činí 25 %. Sociální transfery míru chudoby snížily o 31 procentních bodů. Největší vliv měly důchody, ostatní dávky vyplacené podle zákona o státní sociální podpoře, dávky nemocenského pojištění, podpora v nezaměstnanosti.

V ČR se jako hranice chudoby používá životní minimum. Podle metodiky EU je v ČR podíl chudých domácností vyšší, než je jejich podíl pod životním minimem.

Příčiny sociálního vyloučení

Skupiny obyvatel nejvíce ohrožené chudobou v ČR jsou (kvantifikace podle uvedeného šetření):

- nezaměstnaní (36 %),
- ostatní ekonomicky neaktivní (14 %),
- neúplné rodiny s nejméně jedním nezaopatřeným dítětem (30 % osob z těchto domácností, převážně osamělé, rozvedené či svobodné ženy s dětmi),
- domácnosti se třemi a více dětmi (20 % z těchto domácností).

Rovněž mladé rodiny s dětmi, závislé zpravidla na jediném příjmu, mohou být ohrožené chudobou.

Problémem se stává kategorie populace žijící dlouhodobě ze sociálních dávek. Základní příčinou pro vznik závislosti na sociálních dávkách je nezaměstnanost, a to zejména dlouhodobá, protože po vypršení podpůrčí doby poskytování podpory v nezaměstnanosti klienti přecházejí do systému sociální péče.

Další skupinou, která může být ohrožena sociálním vyloučením, je skupina přistěhovalců. Jde o velmi nehomogenní skupinu, která zahrnuje nelegální imigranty, žadatele o azyl, uznané azylanty, cizince s uděleným dlouhodobým nebo trvalým pobytem v ČR.

Míra jejich integrace do většinové společnosti a riziko sociálního vyloučení z velké části závisí na typu pobytu, na základě kterého na území ČR pobývají. Sociálním vyloučením by mohli být nejvíce ohroženi nelegální imigranti. Mezi nejvýznamnější faktory, které mohou u některých skupin přistěhovalců (legálních a nelegálních) vést k ohrožení sociálním vyloučením, patří složitější podmínky pro zajištění potřebné socioekonomické úrovně (např. přístupu na trh práce a uznávání kvalifikace, zajištění bydlení, dostupnosti potřebného sociálního a zdravotního zabezpečení a vzdělávání atd.) vyplývající zejména z jejich odlišného právního postavení ve srovnání s občany ČR, odlišného kulturního původu, jazykové bariéry, nižšího povědomí o právním prostředí ČR a menší dostupnosti informací.

Statistické údaje

Tab. č. 18: Počet cizinců s povoleným dlouhodobým pobytem či s trvalým pobytem na území MSK v letech 2004–2007

Okres v MSK	2004			2005		
	PDP	Trvalý pobyt	Celkem	PDP	Trvalý pobyt	Celkem
Bruntál	107	575	682	99	584	683
Frydek-Místek	746	1583	2329	683	1593	2276
Karviná	2980	3102	6082	3668	3125	6793
Nový Jičín	323	884	1207	338	929	1267
Opava	209	735	944	209	764	973
Ostrava	3577	3506	7083	3548	3791	7339
MSK	7942	10385	18327	8545	10786	19331
ČR	154 827	99 467	254 294	167 714	110 598	278 312

Vysvětlivky: PDP - povolený dlouhodobý pobyt

2.7.3. Ohrožení sociálním vyloučením z důvodu života v sociálně vyloučených lokalitách

Ve sféře života cizinců, národnostních a etnických menšin je třeba věnovat pozornost zejména potřebám osob, které pocházejí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí. Služby poskytované této cílové skupině jsou nejčastěji zaměřeny na pomoc v oblasti bydlení, zaměstnávání, vzdělání a dále na pomoc v řešení patologických jevů, např. záškoláctví. Jejich cílem je zvyšování schopnosti uživatelů plnohodnotně se zapojit do společnosti a zabránit tak opětovnému sociálnímu vyloučení.

Popis cílové skupiny

V sociálně vyloučených lokalitách v Moravskoslezském kraji žijí většinou Romové. Existují však také sociálně vyloučené lokality, v nichž je podíl Romů malý, či kde Romové vůbec nežijí.

Z jednotlivých krajů ČR mají Romové největší zastoupení v Moravskoslezském kraji, následuje pak Ústecký kraj, Středočeský kraj, Olomoucký kraj a Praha.

Vzhledem k tomu, že je pojem „Rom“ v různých kontextech chápán a používán různě, je na místě vyjasnit, jak je používán v tomto textu.

Za Roma považujeme takového jedince, který se za Roma sám považuje, aniž by se nutně k této příslušnosti za všech okolností (např. při sčítání lidu) hlásil, a/nebo je za Roma považován významnou částí svého okolí na základě skutečných či domnělých (antropologických, kulturních nebo sociálních) indikátorů. Toto vymezení pojmu „Rom“ zdů-

2006			28.2.2007		
PDP	Trvalý pobyt	Celkem	PDP	Trvalý pobyt	Celkem
111	591	702	113	599	712
894	1679	2573	906	1628	2534
3812	3196	7008	3871	3200	7071
344	1011	1355	345	998	1343
217	833	1050	232	830	1062
3596	4317	7913	3850	4484	8334
8974	11627	20601	9317	11739	21056
182 271	139 185	321 456	191 006	142 736	333 742

Zdroj: <http://www.mvcr.cz/statistiky/migrace>

razňuje skutečnost, že právě připsané romství je jednou z hlavních příčin sociálního vylučování řady obyvatel zkoumaných lokalit.

Jako sociálně vyloučenou romskou lokalitu označujeme prostor obývaný skupinou, jejíž členové se sami považují za Romy a/nebo jsou za Romy označováni svým okolím, a jsou sociálně vyloučeni. Může se jednat o jednotlivý dům, ve kterém žije několik jednotlivců či rodin, nebo o celou městskou čtvrť čítající několik stovek či dokonce tisíc obyvatel. Tento prostor je jak místem, do něhož jsou „vyloučení“ odkázáni, tak i místem, které se na jejich vyloučení podílí. Hranice této lokality mohou být jak symbolické (to, když je lokalita vnímána jako tzv. „špatná adresa“, hovoří se o ní jako o „domu hrůzy“, „cikánské ulici“ apod.), tak fyzické (je-li lokalita oddělena od ostatní obytné zástavby průmyslovou zónou, frekventovanou silnicí, vodním tokem, skládkou apod.). V obou případech si však existenci těchto hranic uvědomují jak ti, kteří danou lokalitu obývají, tak ti, kteří žijí mimo ni.

Sociálně vyloučené romské lokality vznikají především v důsledku:

- „přirozeného“ sestěhovávání se chudých romských rodin do lokalit s cenově dostupnějším bydlením,
- vytlačování romských rodin z lukrativních bytů a přidělování náhradního bydlení v lokalitách s často vysokým podílem romského obyvatelstva,
- řízeného sestěhovávání (především ze strany obcí) neplatičů nájmu a obecně lidí považovaných za „nepřizpůsobivé“ či „problémové“ do ubytoven či holobytů.

Lidé v sociálně vyloučených lokalitách zpravidla tvoří heterogenní seskupení nukleárních rodin sestěhovaných z různých částí města či dokonce různých měst.

Situace v jednotlivých lokalitách je v mnoha směrech velmi diferencovaná. Vedle různé doby a mechanismů vzniku se lokality vzájemně odlišují zejména:

- velikostí (a poměrnou velikostí vůči obci či městu, v níž se lokalita nachází),
- polohou v rámci obce či města a mírou prostorového vyloučení,
- mírou dostupnosti základní občanské vybavenosti (včetně dopravní obslužnosti),
- mírou etnické a sociální homogenity obyvatel,
- typem, velikostí a formou vlastnictví domů a bytů,
- stavem a vybaveností domů a bytů.

Příčiny sociálního vyloučení

Etnickou skupinou, která je v Moravskoslezském kraji nejvíce ohrožena sociálním vyloučením, jsou Romové. Toto sociální vyloučení Romů je dáno zejména:

- velmi nízkou úrovní vzdělání a nízkou kvalifikací,
- nezaměstnaností,
- závislostí na dávkových systémech sociální ochrany,
- zhoršováním bytové situace,
- sociálně patologickými jevy (záškoláctví, drogy, alkohol, gamblerství apod.),
- kriminalitou,
- nízkými příjmy.

V současné době se nezaměstnanost Romů jen odhaduje, protože žádné speciální statistiky na etnickém základě neexistují.

Statistické údaje

Během výzkumu „Analýza sociálně vyloučených romských lokalit a absorpční kapacity subjektů působících v této oblasti“ bylo ve zkoumaných 167 obcích identifikováno celkem 310 sociálně vyloučených a sociálním vyloučením ohrožených romských lokalit, ve kterých dle odhadů žije celkem cca 60 000 až 80 000 Romů.

V Moravskoslezském kraji bylo v 10 zkoumaných obcích (Bohumín, Bruntál, Frýdek-Místek, Havířov, Karviná, Krnov, Nový Jičín, Opava, Orlová, Ostrava) identifikováno 28 sociálně vyloučených či sociálním vyloučením ohrožených romských lokalit. Orientační odhad celkového počtu romských obyvatel v těchto lokalitách v kraji je až 10 500.

2.8. Osoby ohrožené drogami a závislé na drogách

Popis cílové skupiny

Do cílové skupiny zahrnujeme zejména:

- závislé uživatele: uživatelé splňující diagnostická kritéria syndromu závislosti – často, ale ne vždy, jde zároveň o „problémové uživatele“,
- problémové uživatele: jako problémové užívání vnímáme intravenózní užívání drog a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů, kokainu a drog amfetaminového typu. Do pojmu „problémové užívání“ se nezahrnuje užívání extáze a konopí,
- pravidelné uživatele: pravidelnost (tj. užívání častější než 1x týdně) obvykle implikuje již nejen životní styl, ale jistý škodlivý účinek ve stupni závislém na užívané látce. Můžeme hovořit o „škodlivém užívání“ podle MKN-10,
- příležitostní uživatele: u těchto osob se užívání drog již stalo součástí životního stylu, ale není častější než 1x za týden a jeho důsledkem není (či dosud není) vznik závislosti a dalších problémů. Typické je zejména u marihuany, LSD či extáze na tzv. parties,
- experimentátoři: nepřesné, ale i v odborné literatuře používané označení pro osobu, která drogy tzv. „zkouší“, tzn. občasné a nepravidelné užívá různé drogy a typy drog a může, ale nemusí, mít přítom problémy v jiných oblastech.

Do kategorie osob ohrožených drogami můžeme rovněž zahrnout:

- rizikové jednotlivce: individuální riziko zvyšují zejména psychické problémy a poruchy, poruchy učení a chování, genetické predispozice, dysfunkční primární rodina. Rovněž děti, sourozence a partnery uživatelů lze pokládat za osoby se zvýšeným rizikem.
- rizikové skupiny: jde o skupinu osob, která je drogami ohrožena více než zbytek populace. V souvislosti s užíváním drog můžeme celou věkovou kategorii od 13 do 18 let považovat za rizikovou. Dále existují skupinová rizika profesní, sociální či etnická.

Příčiny sociálního vyloučení

Z výše zmíněných skupin jsou ohroženi sociálním vyloučením zejména drogově závislé osoby a problémové uživatele, a to zejména za těchto okolností:

- žádná nebo nízká kvalifikace,
- žádná nebo nedostatečná pracovní praxe,
- bez řádného zaměstnání,
- bez řádného domova,
- bez dostatečného množství finančních prostředků na živobytí a drogy, tyto finanční prostředky často získávají trestnou činností (výrobou či distribucí drog, krádežemi, podvody apod.),
- byly odsouzeny k trestu odnětí svobody za trestnou činnost přímo či nepřímo související s drogami (za krádeže či za výrobu a distribuci drog) nebo jim takové odsouzení hrozí,
- zvýšené riziko výskytu somatických a psychických problémů či nemocí.

Riziko sociálního vyloučení se zvyšuje v případě osob, u kterých se kumulují výše uvedené (popř. některé další) faktory.

Statistické údaje

Tab. č. 19: Počet LKC v MSK hlásících údaje do registru žadatelů KHS v roce 2005

Okres v MSK	Nizkoprahová	Ambulantní	Pobytová	Celkem
BR	1	1	1	3
FM	1	4	2	7
KA	4	3	0	7
NJ	0	3	0	3
OP	1	0	2	3
OV	2	8	1	11
MSK	9	19	6	34

Vysvětlivky: LKC – léčebně kontaktní centra, MSK – Moravskoslezský kraj, KHS – Krajská hygienická stanice

Zdroj: Zpráva drogové epidemiologie za rok 2005, Krajská hygienická stanice Moravskoslezského kraje Ostrava

Tab. č. 20: Počet všech žadatelů o léčbu – uživatelů drog v Moravskoslezském kraji v roce 2005 dle základní drogy

Základní droga	Počet všech žadatelů o léčbu – uživatelů drog v roce 2005	Z toho nových žadatelů o léčbu
pervitin	371	199
marihuana	171	147
heroin a ostatní opiáty	55	18
toluen a jiná ředidla	44	29
ostatní*	34	17
celkem	675	410

Vysvětlivky: *sedativa, hypnotika, extáze, halucinogeny, léky aj.

Zdroj: Zpráva drogové epidemiologie za rok 2005, Krajská hygienická stanice Moravskoslezského kraje Ostrava

Tab. č. 21: Prevalenční odhady problémových uživatelů drog v roce 2005

Region	Počet problémových uživatelů	Počet uživatelů opiátů	Počet uživatelů pervitinu	Počet injekčních uživatelů
MSK	1 500	150	1 350	1 350
ČR	31 800	11 300	20 450	29 750

Zdroj: Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2005

Tab. č. 22: Počet výměn stříkaček a jehel v Moravskoslezském kraji a v ČR v letech 2002–2005

Region	2002	2003	2004	2005
MSK	43 605	75 516	101 824	118 406
ČR	1 470 922	1 778 370	2 401 128	3 337 861

Zdroj: Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2005 a Zpráva drogové epidemiologie za rok 2005, Krajská hygienická stanice Moravskoslezského kraje v Ostravě



Seznam použitých zkratk

BKB	. . . . .	Bílý kruh bezpečí
ČR	. . . . .	Česká republika
EU	. . . . .	Evropská unie
ILO	. . . . .	International Labour Organization (Mezinárodní organizace práce)
IQ	. . . . .	Inteligentní kvocient
KHS	. . . . .	Krajská hygienická stanice
LKC	. . . . .	Léčebná a kontaktní centra
LSD	. . . . .	Diethylamid kyseliny lysergové
MKN – 10	. . . . .	Mezinárodní klasifikace nemocí
MPSV	. . . . .	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MSK	. . . . .	Moravskoslezský kraj
PDP	. . . . .	Povolený dlouhodobý pobyt
TP	. . . . .	Těžce postižení
ÚZIS ČR	. . . . .	Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR
VTOS	. . . . .	Výkon trestu odnětí svobody
WHO	. . . . .	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
ZTP	. . . . .	Zvláště těžce postižení
ZTP/P	. . . . .	Zvláště těžce postižení s nutností průvodce



Moravskoslezský kraj
Krajský úřad
28. října 117
702 18 Ostrava
Tel.: 595 622 222
E-mail: posta@kr-moravkoslezsky.cz
2008